

Wachstumsmarkt Gesundheitswesen – Ein Automatismus?

Von nicht wenigen Fachleuten werden große Hoffnungen in die Gesundheitswirtschaft hinsichtlich Wachstum und Beschäftigung gesetzt. Zugleich ist es aber durch zahlreiche Kostendämpfungsmaßnahmen gerade in den letzten Jahren zu einer zunehmenden Privatisierung von Gesundheitsleistungen gekommen. Vorliegende Arbeit möchte vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der Sozialepidemiologie und der Verteilung von Einkommen, Geldvermögen und Morbidität klären, inwieweit bei einer Privatisierung von Gesundheitsleistungen tatsächlich Wachstumseffekte für die Gesundheitswirtschaft zu erwarten sind. Es zeigt sich, dass die Nachfrage von Gesundheitsleistungen gerade für Geringverdiener, die auch geringe Geldvermögen und überproportional hohe Krankheitskosten aufweisen, aufgrund zu geringer Eigenmittel deutlich zurückgehen dürfte. Zu prüfen bleibt, inwieweit gute Risiken mit höherem Einkommen und höherem Geldvermögen die zu erwartende Mindernachfrage überkompensieren bzw. ob Geringverdiener bei einer Privatisierung von Gesundheitsleistungen vermehrt Einkommensbestandteile in Gesundheitsleistungen umschichten und somit trotz Privatisierung von Gesundheitsleistungen ein Wachstumsmarkt begründet sein kann.

■ Axel Olaf Kern und Bernhard Langer

1. Ausgangslage

Vor dem Hintergrund der anhaltend schwierigen finanziellen Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der zukünftigen demographischen Veränderungen wird eine Aufteilung des Leistungskatalogs der GKV in Grund- und Zusatzleistungen und damit die „Privatisierung“ von GKV-Leistungen vorgeschlagen¹. Dieser Ansatz wurde bereits zu Beginn der 1980er Jahre in Zusammenhang mit der Forderung nach (Ab-)Lösung der Kostendämpfungspolitik durch stärker wettbewerbliche Elemente im Gesundheitswesen erwogen.² Mit den Überlegungen des Sachverständigenrats der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) zur „Bestimmung eines Leistungskatalogs einer zukünftigen Krankenversicherung“ und infolge der Diskussion um die Beschränkung der Lohnnebenkosten sowie der Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung gewann das Thema in jüngster Zeit wieder an Aktualität. Somit ist grundsätzlich die Frage zu klären, welche Leistungen der GKV in die Eigenverantwortung der Versicherten und Patienten gehören. Aus sozialpolitischer Perspektive wird darauf hingewiesen, dass GKV-Leistungen bzw. Gesundheitsleistungen nur dann privatisiert werden sollten, wenn sich dadurch weder Lebensqualität noch Lebenserwartung auf Grund von Einkommensunterschieden differenzieren.³

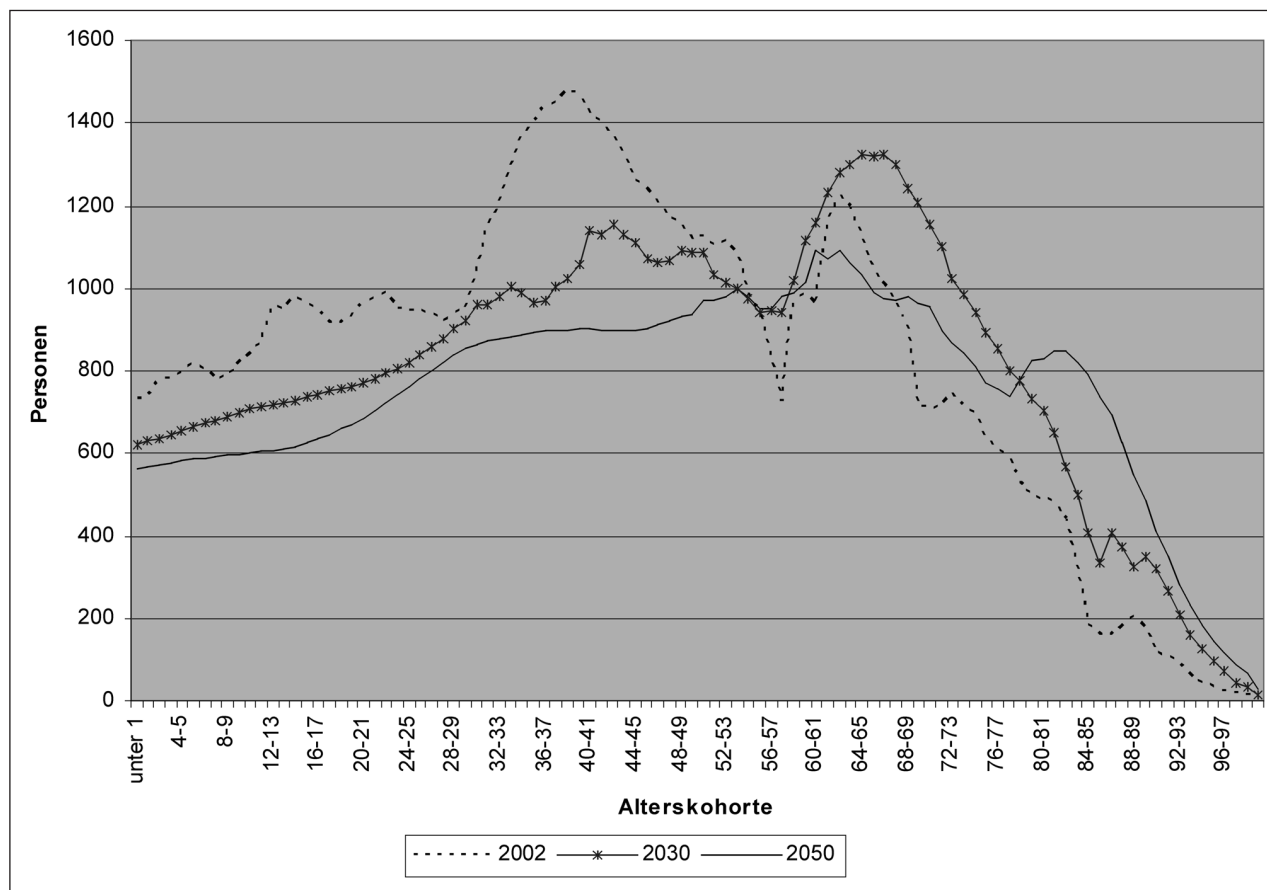
*Axel Olaf Kern, Hochschule Ravensburg-Weingarten, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Weingarten;
Bernhard Langer, Universität Augsburg, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Augsburg*

Die Gesundheitswirtschaft hat bei rund 4,2 Mio. Beschäftigten bzw. 3,1 Mio. Vollkräften erhebliche arbeitsmarktpolitische Relevanz. Jeder neunte Erwerbstätige ist im Gesundheitswesen beschäftigt. 41 % der Vollkräfte arbeiten in der ambulanten sowie 41 % in der stationären und teilstationären Versorgung, 8 % oder 250 000 Beschäftigte in Vorleistungsindustrien, 6 % in der Verwaltung und 1,5 % im Bereich Krankentransport und Rettungswesen.⁴ Alleine deshalb kann das Gesundheitswesen nicht ausschließlich unter Kostenaspekten betrachtet werden, „denn als moderner Dienstleistungsbereich stellt das Gesundheitswesen ... eine Wachstumsbranche par excellence dar.“⁵ Dabei wird auf die zunehmende Zahl älterer Menschen in Deutschland und auf deren steigenden Bedarf infolge vermehrt auftretender chronischer Erkrankungen hingewiesen (quantitative Dimension).⁶

In Abbildung 1 soll zur Illustration demografischer Veränderungen die Bevölkerungsentwicklung entsprechend der Vorausberechnung des statistischen Bundesamtes dargestellt werden. Dabei wird deutlich, dass die Kohorten der „geburtstarken“ Jahrgänge der heute 35–45jährigen in 30 Jahren einen erheblichen Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen begründen werden. Zugleich wird für die nahe Zukunft aber auch deutlich, dass sich die geburtsschwachen Jahrgänge der heute 50–60jährigen ceteris paribus in einer geringeren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ausdrücken wird.

Ob auch die zunehmende Lebenserwartung Wachstum induzieren kann, hängt von der Beantwortung der Frage ab, ob wesentliche Anteile an den Lebensgesundheitskosten auf den kurzen Zeitraum vor dem Tod entfallen oder

Abbildung 1: Bevölkerungsentwicklung 2002–x2050, Angaben in Tausend



Quelle: Statistisches Bundesamt (2002), eigene Darstellung

ob unabhängig von der Leistungsanspruchnahme im Zeitraum kurz vor dem Tod eine Steigerung der Gesundheitsausgaben mit zunehmendem Alter erfolgt. Ersteres würde der so genannten Kompressionsthese entsprechen, letzteres der so genannten Medikalisierungsthese. Gemäß der Kompressionsthese würde eine höhere Lebenserwartung nicht mit höheren durchschnittlichen Leistungsausgaben einhergehen, da sich bei einer längeren Lebenserwartung die Kosten auf höhere Altersgruppen verschieben und dementsprechend in den anderen Altersgruppen sinken.⁷ Der Medikalisierungsthese zufolge ergibt sich hingegen eine „Versteilerung“⁸ der Ausgabenprofile.⁹ Empirische Befunde zu den einzelnen Thesen zeigen allerdings, dass sich die Wissenschaft über die Relevanz einzelner Einflussfaktoren auf die zukünftige Entwicklung der Gesundheitskosten nicht einig ist.¹⁰

Unabhängig von der Relevanz dieser Thesen ist festzustellen, dass die Entwicklungen der Gesundheitswirtschaft bislang von der GKV und den übrigen Sozialversicherungszweigen wesentlich geprägt wurden, da rund 90 Prozent der Bevölkerung auf diesem Weg gegen Krankheitsfolgen versichert sind. So begründet das umlagefinanzierte System der GKV mit Versicherungszwang, dass untere Schichten mit überproportional schlechter Risikostruktur an den Konsum medizinisch-technischer Güter und Leistungen

heran geführt werden.¹¹ Die Transferzahlungen der Krankenkassen stützen die Nachfrage am Markt für Gesundheitsleistungen. Für die Volkswirtschaft hat dies den Nutzen, dass Humankapital von hoher Qualität gebildet und erhalten wird, wodurch auch die Wirtschafts- und Sozialordnung stabilisiert wird.¹² Außerdem stellt diese Schaffung von Konsummöglichkeiten zugleich einen wesentlichen Faktor für das Wirtschaftswachstum dar.¹³

Hinsichtlich der qualitativen Dimension wird der Wertewandel angeführt, wonach ältere Menschen, die verstärkt nach Aktivität und Vitalität im Alter streben, Produkte und Leistungen kaufen, die über die klassische Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit hinausgehen. Infolge dessen werden Chancen für Pflegeleistungen, Bäder, Kurorte, Tourismus, Medizintechnik, funktionelle Lebensmittel und Wellness-Leistungen gesehen.¹⁴

Dabei werden die Wachstumserwartungen im Gesundheitswesen nicht primär mit der Privatisierung von GKV-Leistungen verbunden.¹⁵ Dennoch wird oftmals, wie im Fall der IGEL-Leistungen, eine solche positive Dynamik auch für die Ärzteschaft unterstellt.¹⁶ Inwieweit diese erwartet werden kann, wird im Folgenden vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der Sozialepidemiologie und der Verteilung von Einkommen, Geldvermögen und Morbidität betrachtet.

2. Privatisierung von Gesundheitsleistungen

In den letzten Jahrzehnten sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bei einer zugleich erodierenden Einnahmehasis rapide angestiegen. Die Politik hat dieses Problem unter dem Druck der Lohnzusatzkostendiskussion weitestgehend durch die Anhebung bzw. Einführung von Selbstbeteiligungen und Leistungsausschlüssen zu lösen versucht, wodurch es zu einer zunehmenden Privatisierung von Gesundheitsleistungen gekommen ist. Ziel der Privatisierung von Gesundheitsleistungen ist es, mit Hilfe des Prinzips der Marktsteuerung und wirtschaftlicher Anreize im Gesundheitswesen das Wachstum der Gesundheitsausgaben zu reduzieren, Unternehmen von Lohnzusatzkosten zu entlasten, größere Therapiefreiheit für Ärzte zu schaffen sowie die Eigenverantwortung¹⁷ und Souveränität der Versicherten und Patienten herzustellen.¹⁸ Dabei wird der Patient stärker in der Rolle des rationalen Konsumenten gesehen, der mittels Nachfrage seine individuellen Präferenzen verwirklichen kann.¹⁹

Privatisierung und marktliche Steuerung im Gesundheitswesen bedeuten nicht, dass die Ausgaben für Gesundheit in Höhe von Euro 240 Mrd.²⁰ in Deutschland zwingend sinken werden. So fehlt der empirische Nachweis, dass marktorientierte Gesundheitssysteme kostengünstiger und effizienter in Bezug auf das gesetzte Versorgungsziel sind.²¹ Gleichwohl ist anzumerken, dass steigende Ausgaben im Gesundheitswesen per se nicht verwerflich sind, solange sich darin eine Priorisierung von Gesundheitsleistungen durch die Bürger ausdrückt und nicht Ergebnis von Marktunvollkommenheiten ist.

In Hinblick auf die Entscheidungssouveränität des „Konsumenten-Patienten“ zeigen jedoch Erfahrungen in den Vereinigten Staaten von Amerika, dass der Patient auf neue Informationen über die Qualität von Leistungen im Gesundheitswesen kaum reagiert und somit weniger als rational handelndes Individuum betrachtet werden kann.²² In dieser veränderten Betrachtungsweise wird zugleich die Rolle des Arztes umgedeutet, von der Funktion als Heiler mit fachlicher Autorität zu einem Marktteilnehmer, der medizinische Informationen und Leistungen anbietet.

GKV-Patienten haben im Zeitpunkt der Inanspruchnahme bis auf Selbstbeteiligungen keine Kosten für Gesundheitsleistungen zu tragen. Diese „Null-Preis-Politik“ der GKV ermöglicht es allen Versicherten, erforderliche Leistungen unabhängig von der wirtschaftlichen Situation in Anspruch zu nehmen. Neben größerer Therapiefreiheit für den Arzt bedeutet eine Privatisierung von GKV-Leistungen, dass die Krankenkassen von einer Zahlungsverpflichtung für ärztliche Leistungen frei sind. Die Preise für Gesundheitsleistungen werden bei privatärztlicher Abrechnung gerade nicht Null sein. Der Patient wird dann für alle Leistungen einen Preis bezahlen und seine Nachfrage daran ausrichten. Informationen, wie sich die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei weitgehend freier Preisbildung im Gesundheitswesen in Deutschland verändern wird, liegen bislang nicht vor.²³

Die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen wird durch die „objektive“, epidemiologisch bedingte Inanspruchnahme (Alterung, Stand des medizinischen Wissens) sowie die subjektive Entscheidung einer Person, ärztlichen Rat einzuholen und ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen, bestimmt. Letzteres wird wiederum beeinflusst vom Grad der Risikoaversion, dem Leidensdruck des Individuums, den Wege- und Wartezeiten, dem (Geld)Preis der dann privatärztlichen Leistung und der Zahlungsfähigkeit des Patienten, welche vom Einkommen, den Ersparnissen und eventuell bestehendem Versicherungsschutz abhängt.

Bei einer Privatisierung von Leistungen werden die Gesundheitsleistungen privat erbracht. Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen erfolgt dann teilweise oder vollständig aus Eigenmitteln des Patienten und/oder durch einen Krankenversicherungsschutz. Damit sind die Bürger selbst verantwortlich für Art und Umfang ihres Krankenversicherungsschutzes. Der Risikopolitik der Krankenversicherungsunternehmen kommt somit wesentliche Bedeutung zu, inwieweit Personen mit geringeren Einkommen und einem tendenziell höheren Krankheitsrisiko Versicherungsschutz erhalten werden.

Für die Ärzte bedeutet ein privater Behandlungsvertrag, finanzielle Forderungen auf privatrechtlichem Wege gegenüber dem Patienten geltend zu machen. Abrechnungsstellen als „Finanzintermediäre“ einzuschalten, welche die ärztlichen Forderungen übernehmen, ist nur so lange attraktiv, wie die Abschläge auf die Honorarforderung geringer sind als die praxiseigenen Managementkosten in Bezug auf die Honorarabrechnung.

3. Sozioökonomischer Status und Krankheit

Damit die Wirkungen einer Privatisierung auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen eingeschätzt werden können, ist der Zusammenhang zu den Erkenntnissen der Sozialepidemiologie hilfreich. Ganz grundsätzlich ist das Gesundheitsverhalten ebenso wie die Krankheitswahrscheinlichkeit von schichtspezifischen Einflüssen geprägt. So gilt der sozioökonomische Status einer Person als „one of the strongest and most consistent predictors of a person's morbidity and mortality experience“.²⁴ Den Merkmalen Bildung, Stellung im Beruf und Einkommen der Versicherten und Patienten kommt dabei große Bedeutung zu. Bildung ist für die Mobilität in der Gesellschaft erforderlich und hat maßgeblich Einfluss auf das realisierbare Einkommen. Zudem stellt Bildung eine wesentliche Voraussetzung für das Selbstkonzept und damit den Lebensstil dar. Beides beeinflusst gesundheitsorientiertes Verhalten maßgeblich.²⁵ Vor allem im Alter von 24 bis 64 Jahren variieren bei Männern und Frauen die Lebenserwartungen und die Erkrankungsrisiken „dramatisch“ in Hinblick auf das Bildungsniveau, das Einkommen und den Beruf.²⁶

Diese Zusammenhänge lassen sich dadurch begründen, dass Angehörige niedrigerer sozialer Schichten auf Grund eines stärker instrumentellen Körper- und Gesundheits-

verständnis und einer daraus resultierenden „Ausbeutung des Körpers“ keine Langzeitperspektive im Denken und Handeln besitzen²⁷, die wiederum für Eigenverantwortung und Eigenvorsorge erforderlich ist. Aus Untersuchungen in den Vereinigten Staaten von Amerika geht hervor, dass Angehörige sozialer Unterschichten trotz marktlicher Organisation des Gesundheitswesens keine stärker ausgeprägte gesundheitliche Eigenverantwortung entwickeln. Für den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Krankheit wird allerdings schichtspezifisch unterschiedlichen, gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Lebensstilen größere Bedeutung zugemessen als der Verfügbarkeit, Inanspruchnahme oder Qualität medizinischer Leistungen.²⁸

Für die schichtspezifische Ausprägung von Gesundheit und Krankheit liefern die verschiedenen Auswertungen der Deutschen Herz-Kreislauf Präventionsstudie (DHP) eindeutige Ergebnisse, die auf einen systematischen Zusammenhang hinweisen. Sowohl Männer als auch Frauen der unteren sozialen Schicht fühlen sich erheblich kränker als diejenigen, welche der oberen sozialen Schicht angehören. So kann von einer 2–3fach höheren allgemeinen Morbidität zwischen Unter- und Oberschicht ausgegangen werden.²⁹ Selbst bei einer Orientierung an objektiven Merkmalen zum Gesundheitszustand wird erkennbar, dass deutliche Zusammenhänge sowohl zwischen beruflichem

Status als auch zwischen Einkommen und Mortalität bestehen. Mortalität und Morbidität sind in der unteren sozialen Schicht für die meisten Krankheiten höher als in den oberen.³⁰

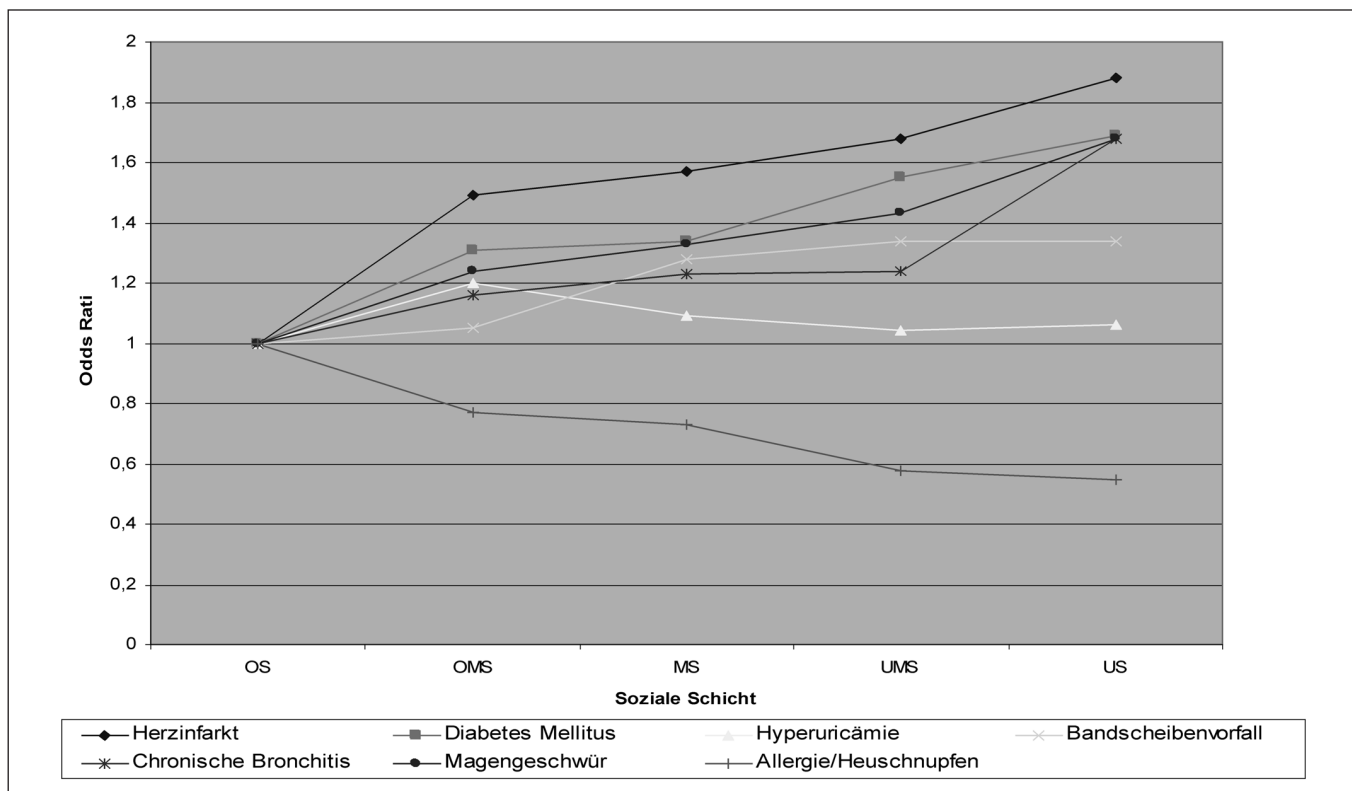
Für koronare Herzkrankheit, zerebrovaskuläre Krankheiten, Atemwegserkrankungen, Bronchialkarzinome, Diabetes mellitus und AIDS wurde der soziale Schichtgradient nachgewiesen. Insbesondere für koronare Herzkrankheit wird festgestellt, dass diese mit besonderer Häufigkeit in statusniedrigeren Gruppen auftritt.³¹

HELMERT UND SHEA (1994) haben für Deutschland den sozialen Schichtgradient³² für chronische Krankheiten untersucht, die eine Prävalenz von mindestens 2 % aufweisen (vgl. Abbildung 2 und 3).

Unterschiede im Gesundheitszustand bilden einen sozialen Gradienten mit zunehmender physischer und psychischer Morbidität bei abnehmendem sozioökonomischem Status.³³ Dabei sind kaum Unterschiede zwischen den Ergebnissen zur Lebenszeitprävalenz und zur Punktprävalenz zu beobachten.

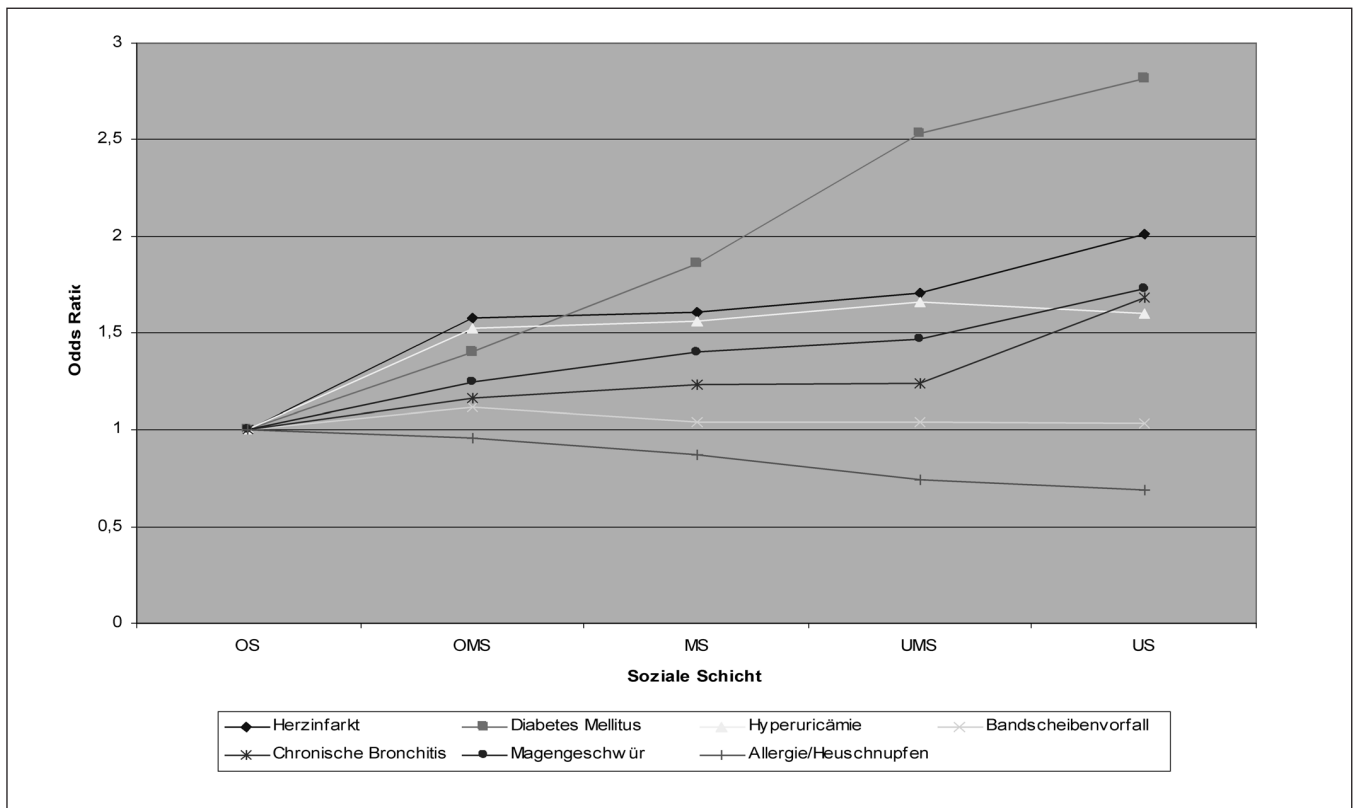
Da das Krankheitsrisiko sowohl bei Männern als auch bei Frauen für alle Krankheitsbilder mit Ausnahme der Allergien und Heuschnupfen von der Ober- über die Mittelschicht bis zur Unterschicht zunimmt, ist von einem großen Behandlungsbedarf und Inanspruchnahme

Abbildung 2: Odds-Ratio für Krankheitswahrscheinlichkeiten bei Männern nach sozialer Schicht (Lebenszeitprävalenz)



OS ... Oberschicht, OMS ... Obere Mittelschicht, MS ... Mittelschicht, UMS ... Untere Mittelschicht, US ... Unterschicht
 Quelle: Helmert und Shea (1994), eigene Darstellung

Abbildung 3: Odds-Ratio für Krankheitswahrscheinlichkeiten bei Frauen nach sozialer Schicht (Lebenszeitprävalenz)



Quelle: HELMERT UND SHEA (1994), eigene Darstellung

potenzial auszugehen. Dies ergibt sich tendenziell auch aus der höheren Zahl der Personen, welcher der Unterschicht und der unteren Mittel- und Mittelschicht zuzurechnen sind.

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen lässt sich somit aus dem normativen Behandlungsbedarf, der Prävalenz einer Krankheit sowie dem Inanspruchnahmeverhalten ermitteln. Für das Inanspruchnahmeverhalten bestehen wiederum schichtspezifische „Zugangs-Barrieren“ wie Selbstbeteiligungsregelungen oder die private Finanzierung von Leistungen.³⁴ Für die Verhaltenssteuerungen über Preise ist unabhängig vom Sozialsystem beobachtbar, dass Menschen in sozial ungünstigen Lebensverhältnissen ein niedrigeres Gesundheitsbewusstsein, ein erhöhtes Krankheitsrisiko und ein geringeres Selbsthilfepotenzial haben als besser gestellte Bevölkerungskreise.³⁵

4. Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft

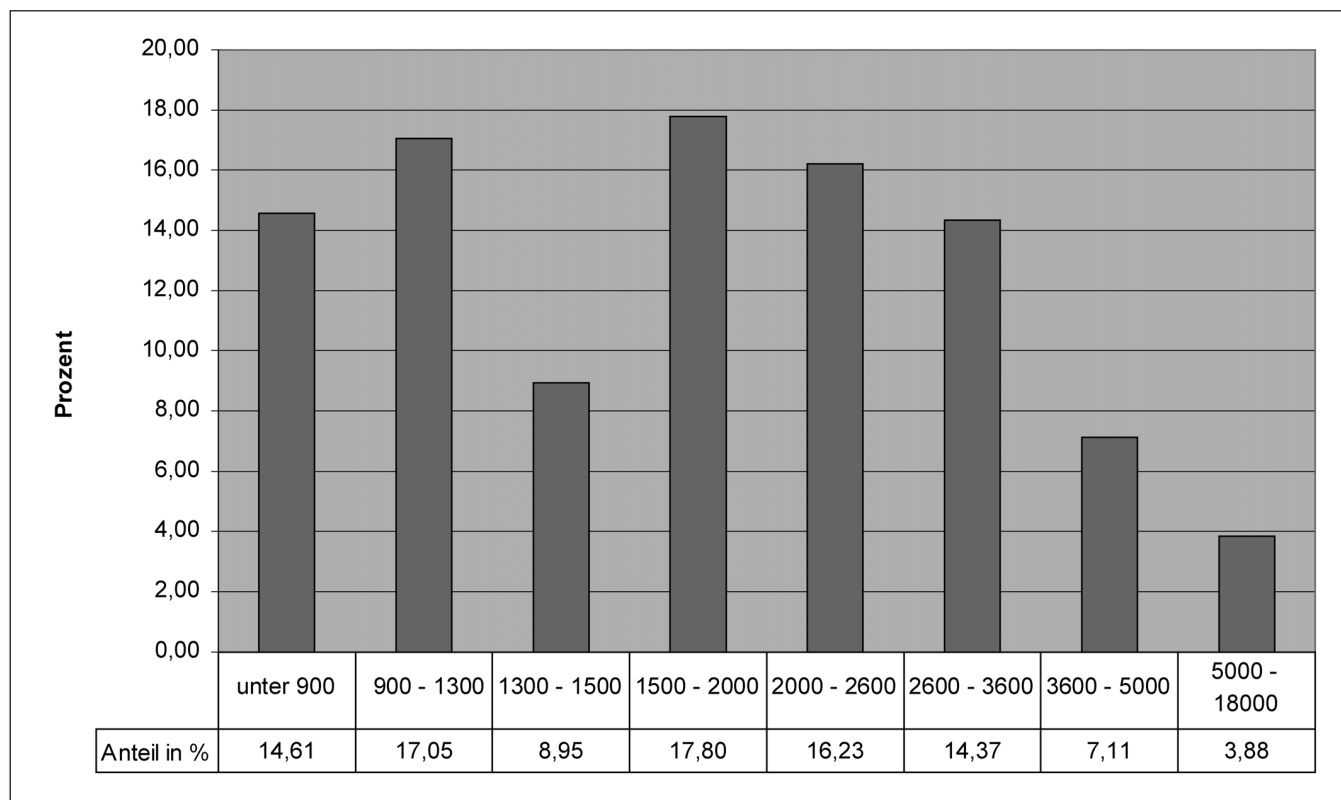
Die zwangsweise Einkommensumverteilung in der GKV von Personen mit höherem Einkommen und tendenziell geringerem Krankheitsrisiko zu Personen mit geringeren Einkommen bei gleichzeitig höherem Krankheitsrisiko³⁶ versetzt letztere in die Lage, Gesundheitsleistungen nachzufragen, die sie bei privater Finanzierung auf Grund ihres geringen Einkommens nicht nachfragen könnten oder auf Grund ihrer Präferenzstruktur nicht nachfragen wür-

den. Die Umverteilung ergibt sich aus der einkommensproportionalen und zugleich risikounabhängigen Beitragsbemessung. Zudem begünstigt das Sachleistungsprinzip der GKV und die kulturneutrale Definition des Begriffs Krankheit eine umfassende medizinische Versorgung. Diese erlaubt eine vom sozioökonomischen Status des Patienten unabhängige Feststellung des Bedarfs an medizinischen Leistungen.³⁷

Bei einer Privatisierung ist deshalb davon auszugehen, dass insbesondere weniger Gesundheitsleistungen nachgefragt werden, welche der Versorgung einkommenschwacher Bevölkerungsgruppen dienen und nicht direkt überlebenssichernd sind. Dieser Nachfragerückgang wird tendenziell auch dann erfolgen, wenn nach „objektivem“ Ermessen eine Behandlung oder Inanspruchnahme erforderlich wäre. So sind neben Einnahmeverlusten für die Leistungserbringer auch Folgekosten für die GKV zu erwarten, welche durch Krankheiten hervorgerufen werden, die auf Grund der Nichtinanspruchnahme von erforderlichen Leistungen resultieren.

Es wird jedoch auch eine große Zahl von Patienten geben, die selbst bei höheren Behandlungskosten in unverändertem Umfang Gesundheitsleistungen nachfragen. Viele Individuen werden vermehrt vorbeugen, um Behandlungen nicht in Anspruch nehmen zu müssen. Andere werden die höheren Preise nicht zahlen können oder dazu nicht bereit sein, da sie an Stelle von Gesundheits-

Abbildung 4: Prozentuale Anteile der Haushalte mit einem monatlichen Nettoeinkommen von .. bis unter .. Euro, 2003



Quelle: Statistisches Bundesamt (2004a), eigene Darstellung

Tabelle 1: Durchschnittliches Bruttogeldvermögen privater Haushalte am 01.01.2003 nach monatlichem Haushaltsnettoeinkommen von .. bis unter .. Euro, Angaben Bruttogeldvermögen in 100 Euro

Haushaltsnettoeinkommen (Euro)	alle Haushalte	unter 900	900-1300	1300-1500	1500-2000	2000-2600	2600-3600	3600-5000	5000-18000
Bruttogeldvermögen insgesamt									
... davon	403	109	187	269	328	414	559	811	1 652
Bausparguthaben	24	5	9	14	21	31	43	54	55
Sparguthaben	73	31	50	68	81	83	91	103	137
sonstige Anlagen*	78	25	39	62	70	84	106	144	254
Wertpapiere									
...davon:	103	25	41	61	66	84	135	229	641
- Aktien	28	5	7	14	16	21	36	70	196
- Rentenwerte	19	(5)	10	11	14	14	26	45	90
- Aktienfonds	29	8	12	18	20	28	42	62	131
- sonstige**	28	7	13	18	16	20	31	53	224
verliehenes Geld	7	2	8	5	5	7	9	12	23
Lebensversicherung	117	21	40	59	84	124	175	268	543

Angaben in Klammern ... Aussagewert eingeschränkt auf Grund geringer Haushaltszahl in der Erhebung, * ... Fest- und Termingelder sowie Tagesgeldkonten, ** ... u. a. Immobilien-, Wertpapier oder Geldmarktfonds, Anteile an geschlossenen Immobilienfonds

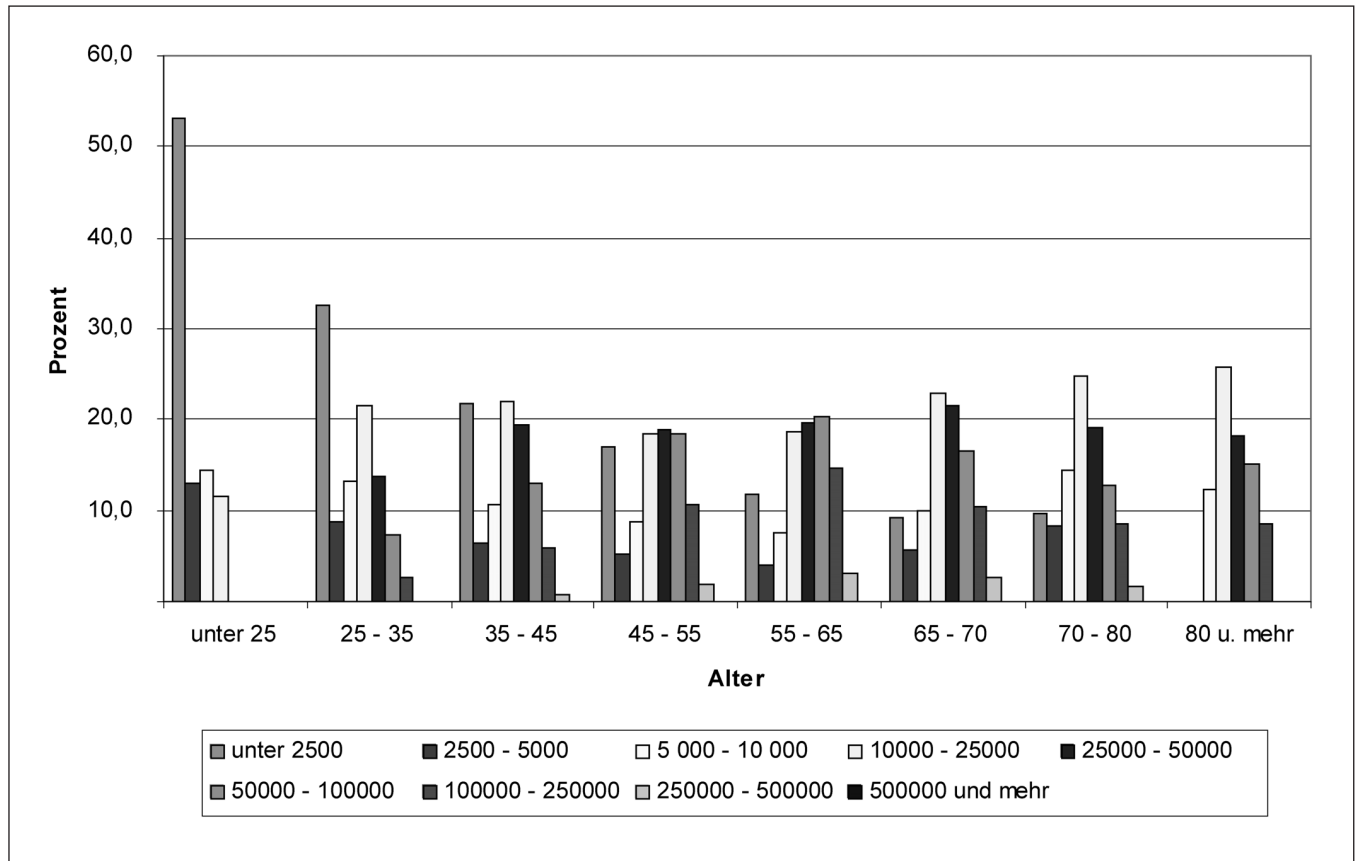
Quelle: Statistisches Bundesamt (2004a), eigene Darstellung

Tabelle 2: Bruttogeldvermögen privater Haushalte am 01. 01. 2003 nach Alter des Haupteinkommensbeziehers, Angaben in 100 Euro

Alter in Jahren	alle Haushalte	unter 25	25 - 35	35 - 45	45 - 55	55 - 65	65 - 70	70 - 80	80 u. mehr
Bruttogeldvermögen insgesamt									
... davon	403	64	183	329	467	586	520	398	462
Bausparguthaben	24	12	26	30	32	28	19	11	7
Sparguthaben	73	16	32	46	63	88	110	115	170
sonstige Anlagen*	78	13	35	56	75	106	128	103	100
Wertpapiere									
... davon:	103	10	44	87	90	133	168	130	158
- Aktien	28	2	12	20	25	37	47	36	46
- Rentenwerte	19	(1)	5	8	13	25	35	34	46
- Aktienfonds	29	4	18	26	29	39	41	28	28
- sonstige**	28	(2)	8	33	24	32	45	32	37
verliehenes Geld	7	1	3	4	6	9	18	10	(9)
Lebensversicherung	117	12	43	106	200	222	77	30	18

Angaben in Klammern ... Aussagewert eingeschränkt auf Grund geringer Haushaltszahl in der Erhebung, * ... Fest- und Termingelder sowie Tagesgeldkonten, ** ... u. a. Immobilien-, Wertpapier oder Geldmarktfonds, Anteile an geschlossenen Immobilienfonds
 Quelle: Statistisches Bundesamt (2004a), eigene Darstellung

Abbildung 5: Nettogeldvermögen nach Alter des Haupteinkommensbeziehers, Angaben in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt (2004a), eigene Darstellung

leistungen andere Güter oder Dienstleistungen kaufen, von denen sie sich einen höheren Nutzen versprechen. Neben dem Preis sind Dringlichkeit und Verzichtbarkeit der Versorgung wesentliche Faktoren, die über eine Inanspruchnahme entscheiden. So werden Leistungen, die der Schmerzbehandlung dienen, trotz eines „höheren“ Preises sicher unverändert nachgefragt werden müssen.

Die Einkommens- und Vermögensposition eines Individuums bzw. Haushalts bestimmt über die Verfügbarkeit materieller Ressourcen und damit über die Möglichkeit, ärztliche Leistungen zu finanzieren. Allerdings konnte selbst freier Zugang Unterschiede in der Morbidität zwischen verschiedenen Schichten nicht verhindern. Aus bevölkerungsmedizinischer Sicht stehen schichtspezifische Mentalitäten und Verhaltensweisen einem optimalen Verhalten bei Krankheit entgegen.³⁸

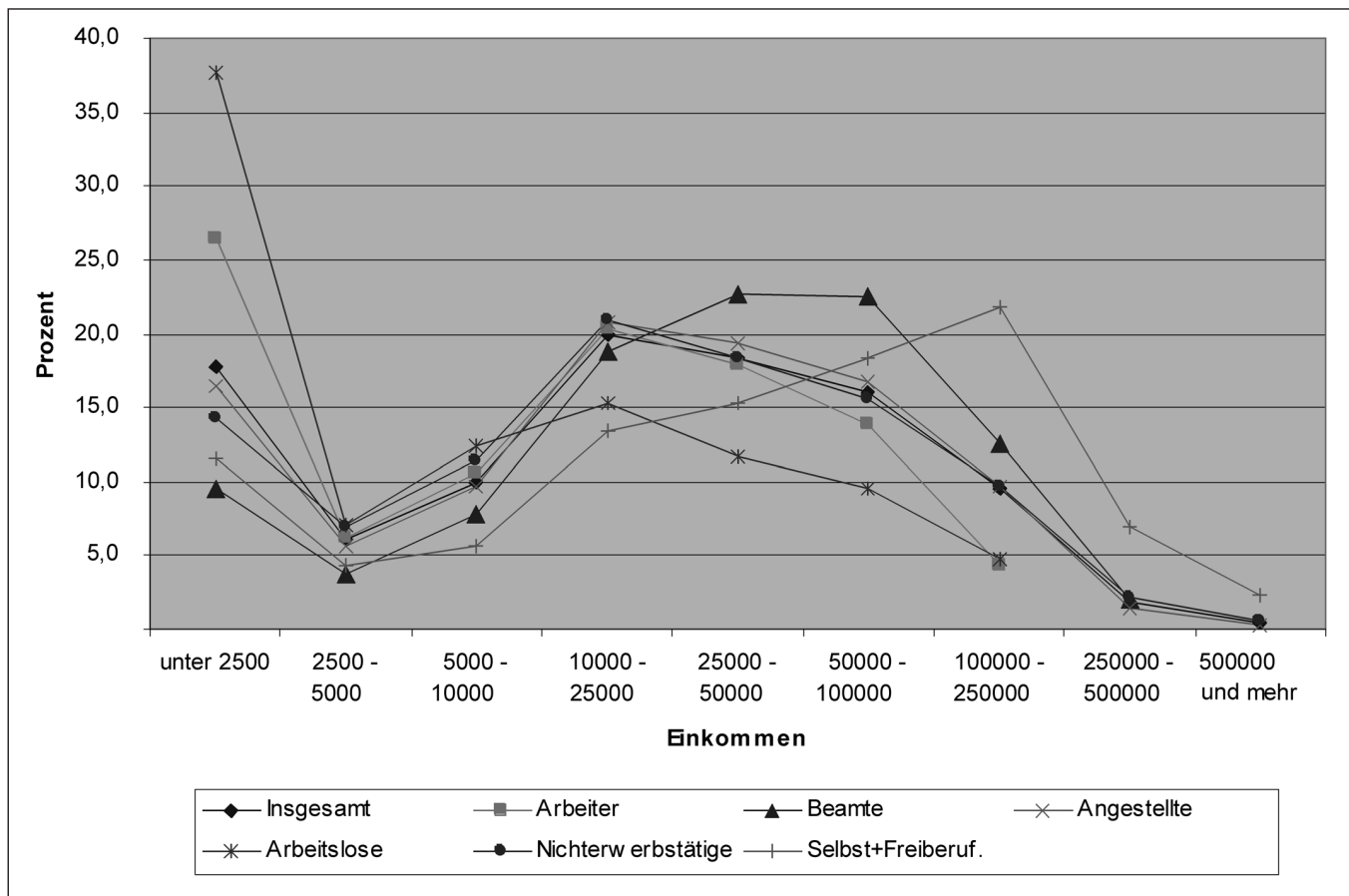
Das Konzept der sozialen Schicht liefert Informationen aus der Sozialepidemiologie über die Verteilung von Krankheiten nach Bevölkerungsgruppen und lässt zugleich einen Bezug zu deren Zahlungsfähigkeit herstellen.

Wie Abbildung 4 zeigt, erzielen rund 31 % der Haushalte ein monatliches Nettoeinkommen von weniger als Euro 1300 und rund 25 % von mehr als Euro 2600 pro Monat. Rund 34 % der Haushalte beziehen ein monatliches Nettoeinkommen zwischen Euro 1500 und 2600.

Neben dem verfügbaren (Netto-)Haushaltseinkommen drückt das Geldvermögen eines Haushaltes dessen Zahlungsfähigkeit am besten aus, da dieses im Vergleich zu Haus- und Grundbesitz als weitgehend direkt verfügbar für die Finanzierung von Gesundheitsleistungen gelten kann. In Tabelle 1 ist ausgewiesen, wie hoch die Bruttogeldvermögensbestände der Haushalte entsprechend dem monatlichen Nettoeinkommen sind.

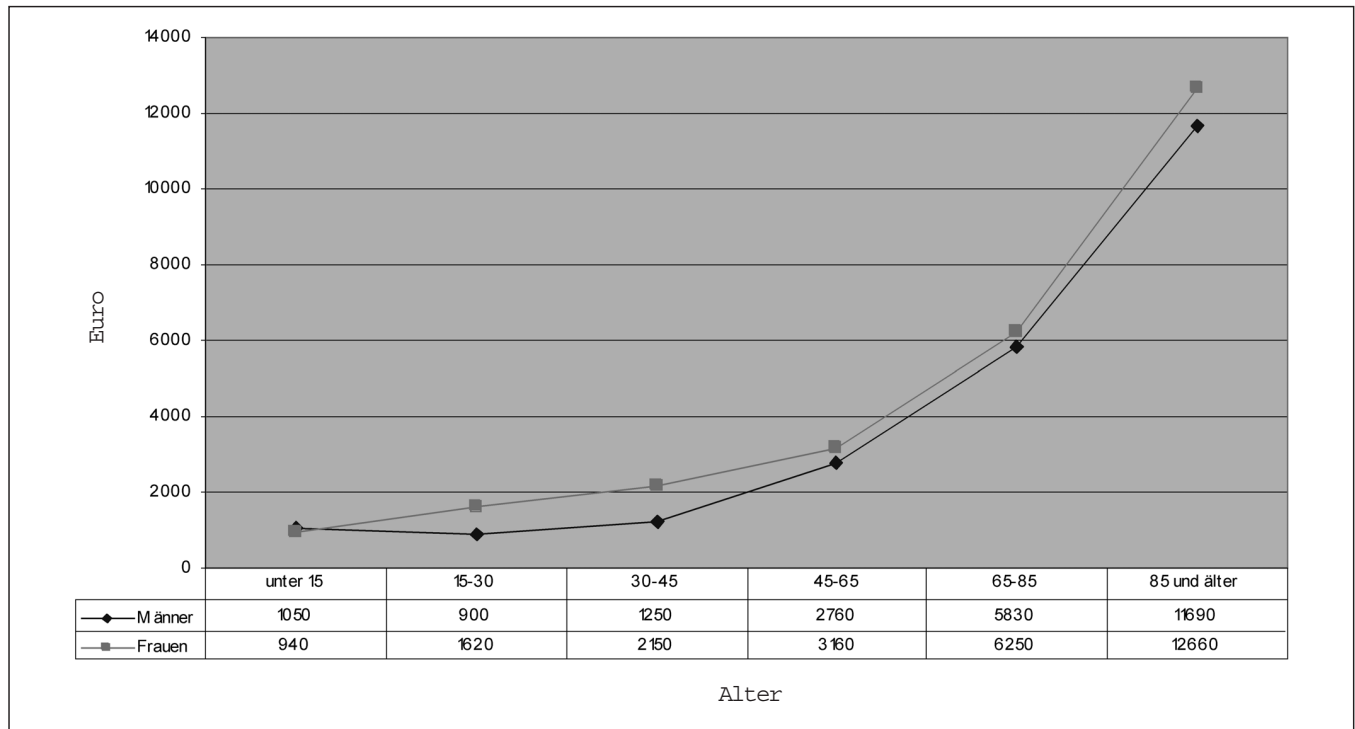
Dabei wird deutlich, dass das Bruttogeldvermögen mit steigendem Einkommen zunimmt. So verfügen Haushalte mit einem monatlichen Nettoeinkommen in Höhe von bis zu Euro 900 über ein Bruttogeldvermögen von Euro 10900, Haushalte mit einem Nettoeinkommen in Höhe von Euro 1500–2000 über ein Bruttogeldvermögen von Euro 32800 und Haushalte mit einem Nettoeinkommen

Abbildung 6: Nettogeldvermögen von .. bis unter .. Euro nach sozialer Stellung des Haupteinkommensbeziehers am 01. 01. 2003, Angaben in Prozent der Haushalte



Quelle: Statistisches Bundesamt (2004a), eigene Darstellung

Abbildung 7: Durchschnittliche Krankheitskosten pro Kopf nach Geschlecht und Alter im Jahr 2002, Angaben in Euro



Quelle: Statistisches Bundesamt (2004b), eigene Darstellung

in Höhe von Euro 3600–5000 über ein Bruttogeldvermögen von rund Euro 81000.

Aus der Verteilung der Bruttogeldvermögen und der Nettoeinkommenshöhen wird deutlich, dass die Haushalte mit geringem Nettoeinkommen zugleich über die geringsten Reserven an finanziellen Mitteln verfügen. Für die Betrachtung, dass die Gesundheitsausgaben mit zunehmendem Alter steigen, sind in Tabelle 2 die Bruttogeldvermögen nach Alter des Haupteinkommensbeziehers dargestellt.

Daraus geht hervor, dass Haushalte eines Haupteinkommensbeziehers in der Altersgruppe 55–65 Jahre mit Euro 58600 über das höchste Bruttogeldvermögen verfügen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass alleine rund 38 % des Geldvermögens in Lebensversicherungen gebunden ist. In den höheren Altersgruppen nimmt der Bestand an Bruttogeldvermögen wieder ab.

Vor dem Hintergrund, dass rund 3 Mio. Haushalte überschuldet sind³⁹ und somit über ein negatives Nettogeldvermögen verfügen, sind in Abbildung 5 die Nettogeldvermögen, welches das Bruttogeldvermögen bereinigt um Kredite widerspiegelt, differenziert nach dem Alter des Haupteinkommensbeziehers ausgewiesen.

Danach steigen die Bestände des Nettogeldvermögens insgesamt mit zunehmendem Alter. So wird weniger Geldvermögen in den Klassen bis Euro 5000 gehalten. Zugleich nimmt der Nettogeldvermögensbestand in der

Klasse Euro 10000–25000 erkennbar zu. Die Anteile der hohen Nettogeldvermögensklassen gehen mit steigendem Alter deutlich zurück.

In Abbildung 6 ist die Verteilung des Nettogeldvermögens bezogen auf den sozialen Status des Haupteinkommensbeziehers dargestellt.

Dabei wird deutlich, dass jeweils rund 22 % der Haushalte von Selbständigen sowie freiberuflich Tätigen und von Beamten über ein Nettogeldvermögen zwischen Euro 25000 und 250000 verfügen. Rund 38 % der Arbeitslosen haben ebenso wie 26 % der Arbeiter und 16 % der Angestellten lediglich ein Nettogeldvermögen von weniger als Euro 2 500. Über alle Statusgruppen hinweg verfügen rund 53 % der Haushalte über ein Nettogeldvermögen von weniger als Euro 25 000.

Um abschätzen zu können, welchen Beitrag die Nettogeldvermögen bei privater Finanzierung von Gesundheitsleistungen leisten können, sollen die in Abbildung 7 ausgewiesenen durchschnittlichen Krankheitskosten zu einer ersten Abschätzung beitragen.

Dabei wird deutlich, dass die Ausgaben für Gesundheitsleistungen pro Kopf der Bevölkerung zwischen Euro 900 und rund Euro 12 000 pro Jahr betragen. Im Vergleich zu den Geldvermögensbeständen und den Haushaltsnettoeinkommen wird erkennbar, dass die Eigenfinanzierungsquote, d. h. Geldvermögen im Vergleich zu den Gesundheitsausgaben, insbesondere für untere Ein-

kommensschichten relativ gering ist. Wird der soziale Schichtzusammenhang berücksichtigt, wonach Personen/Haushalte mit relativ geringen Einkommen und geringen Geldvermögensbeständen eine hohe Krankheitswahrscheinlichkeit aufweisen, lässt sich eine noch geringere Eigenfinanzierungsquote ableiten.

Hinsichtlich der Ausgaben, die bei Privatisierung zu finanzieren wären, ist auch in Betracht zu ziehen, dass die Gesundheitsausgaben sehr ungleich verteilt sind. Wie auch empirisch bestätigt werden, entfallen dabei auf einen relativ kleinen Teil der Versicherten relativ hohe Gesundheitsausgaben. So haben bspw. internationale Untersuchungen gezeigt, dass auf die gesündesten 50 % der Bevölkerung lediglich 3 % der Gesundheitsausgaben entfielen, wohingegen 5 % der Versicherten rund 60 % der Ausgaben auf sich vereinigten.⁴⁰

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen WINKELHAKE ET AL., die für Daten der AOK Niedersachsen der Jahre 1998 und 1999 zeigen konnten, dass die meisten Versicherten nur sehr geringe Kosten verursachten und sich der Großteil der Leistungsausgaben auf wenige Versicherte konzentrierte. Danach vereinigten 10 % der Versicherten ca. 80 % der Leistungsausgaben auf sich, das teuerste Prozent verursachte gar 30 % der Kosten.⁴¹

PFAFF ET AL. ermittelten auf Basis von AOK Daten eine Konzentration der GKV-Leistungsausgaben auf die 5 % teuersten GKV-Versicherten von über 52 %, auf die teuersten 20 % der GKV-Versicherten entfielen sogar knapp 70 % der Leistungsausgaben. Andererseits verursachten die billigsten 50 % der GKV-Versicherten weniger als 8 % der GKV-Leistungsausgaben.⁴²

Auswertungen der Leistungsdaten des Jahres 2001 von Versicherten der GMÜNDNER ERSATZKASSE (GEK) zeigten, dass 80 % der Leistungsausgaben lediglich auf 10 % der Versicherten entfielen. 5 Promille der Versicherten mit den höchsten Kosten verursachten immer noch etwa 20,6 % der gesamten Leistungsausgaben. Umgekehrt entfielen auf 50 % der Versicherten lediglich 1 % der Gesamtausgaben, wobei auf 17 % der Versicherten keinerlei Leistungsausgaben zurückzuführen waren.⁴³

Österreichische Leistungsdaten des Jahres 2002 der KÄRNTNER GEBIETSKRANKENKASSE (KGKK) weisen eine Konzentration von 25 % der Kassenausgaben auf lediglich 1,7 % der Versicherten nach, auf 7 % der Versicherten entfielen bereits 50 % der Leistungsausgaben. Wie die Untersuchung weiter gezeigt hat, weist dieser kleine Teil der Versicherten ein vornehmlich höheres Alter bzw. ein niedriges Einkommen auf. So sind knapp 75 % davon Rentner, ein Drittel von ihnen ist von der Rezeptgebühr befreit.⁴⁴

Die Schichtabhängigkeit von Gesundheitsausgaben zeigt sich auch bei einer ökonomischen Analyse der ganz oder teilweise von Zuzahlungen befreiten Personenkreise (so genannte „Härtefälle“) in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei weisen nicht nur die aufgrund ihres erhöhten Bedarfs nach § 62 SGB V alt⁴⁵ teilweise befreiten Härtefälle höhere Ausgaben als Nicht-Härtefälle auf, son-

dern auch für die große Gruppe der vollständig von Zuzahlungen befreiten Sozialklauselfälle nach § 61 SGB V⁴⁶ und damit für Geringverdiener liegt das Ausgabenniveau deutlich höher als für nicht von Zuzahlungen befreite Versicherte.⁴⁷ Zudem zeigt sich auch, dass gerade Härtefälle im Durchschnitt weniger gesund als Nicht-Härtefälle sind.⁴⁸

Da, wie eben dargestellt, tendenziell die Bezieher geringer Einkommen und Besitzer geringer Geldvermögen von überproportional hohen Krankheitskosten betroffen sind, wird für diesen Personenkreis die Möglichkeit zur Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aus Eigenmitteln kaum über einen längeren Zeitraum darstellbar sein. Zugleich wird aber auch deutlich, dass diese Personenkreise auf Grund ihres Krankheitsrisikos maßgeblich die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen beeinflussen.

5. Fazit

Vor dem Hintergrund der Sozialepidemiologie in Verbindung mit der Einkommens- und Geldvermögensverteilung wird erkennbar, dass eine Privatisierung des Leistungskatalogs der GKV nicht nur aus der Perspektive des Umfangs der gesundheitlichen Versorgung der GKV-Versicherten zu betrachten ist, sondern insbesondere auch unter der wirtschaftspolitischen Bedeutung der Nachfrage einkommensschwacher Bevölkerungsgruppen auf dem Gesundheitsmarkt. Zudem sollten mögliche Folgekosten auf Grund einer Unterinanspruchnahme von privaten Gesundheitsleistungen durch einkommensschwache für das System der GKV berücksichtigt werden.

Aus gesellschaftlicher Perspektive und im Sinne einer rationalen Gesundheitspolitik ist auch zu erörtern, welche Wirkungen eine Privatisierung von Gesundheitsleistungen in Bezug auf die Ziele der Gesundheitsversorgung insgesamt haben werden. In enger Verbindung damit steht die Frage, wie sich die ärztliche Einzelpraxis und die ambulanten und stationären ärztlichen Versorgungsstrukturen ausrichten müssen, um im Sinne der eigenen Existenz und der gesundheitspolitischen Verantwortung handlungsfähig zu bleiben.

Die Beantwortung der Frage, ob trotz Privatisierung von Gesundheitsleistungen ein Wachstumsmarkt im medizinischen Sektor begründet sein kann, hängt vor allem davon ab, ob die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch gute Risiken mit höherem Einkommen und höherem Geldvermögen die zu erwartende Mindernachfrage überkompensieren kann. Weiterhin stellt sich die Frage, ob Geringverdiener bei einer Privatisierung von Gesundheitsleistungen vermehrt Einkommensbestandteile in Gesundheitsleistungen umschichten werden. Aus allokativer Sicht wäre dabei auch wichtig zu klären, welcher Anteil davon auf nicht den Präferenzen der Nachfrager entsprechende, anbieterinduzierte Nachfrage zurückzuführen ist.

Letztendlich könnte es aus wirtschaftspolitischen Gründen zur Sicherung von Wachstums- und Beschäftigungseffekten in der Gesundheitswirtschaft angebracht erschei-

nen, auf eine vollständige Privatisierung von Gesundheitsleistungen zu verzichten und stattdessen ein bestimmtes Maß an Umverteilung zwischen hohen und niedrigen Einkommen bzw. zwischen guten und schlechten Gesundheitsrisiken in der GKV zu belassen.

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft Selbständiger Unternehmer e.V./ASU (1983): Mehr Marktwirtschaft im Gesundheitswesen! Ein Reformkonzept, Bonn, 1983
- Bauch J, R Eder-Debye, W Micheelis (1991): Ausgewählte Ergebnisse zum Zusammenhang sozialwissenschaftlicher und zahnmedizinischer Variablen, in: Micheelis, W, J Bauch (Hrsg.): Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland – Ergebnisse des nationalen IDZ-Survey 1989, Köln, S. 355–387
- Beske F (2000): Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin
- Beske F, Th Zalewski (1981): Gesetzliche Krankenversicherung. Analysen – Probleme – Lösungsansätze, Kiel
- Buchner F, J Wasem (2000): Versteilerung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile von Krankenversicherern, Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionsbeiträge der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald 1 (2000), Greifswald
- Burger S, B Männel (2004): Eigenverantwortung – Unterschätztes Potenzial im Gesundheitswesen, in: Die BKK 92 (2004), S. 374–381
- Butterweck H (2004): Selbstbehalte: Härten ohne Effekt, in: Arbeit und Wirtschaft 58 (2004), S. 18–20
- Cassel D (1997): Ausbau der Wettbewerbskonzeption in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Arbeit und Sozialpolitik 51 (1997), S. 10–18
- Cassel D (2002): Wettbewerbsorientierte Reformoptionen im Gesundheitswesen, in: Volkswirtschaftliche Korrespondenz der Adolf-Weber-Stiftung 41 (2002), Heft 8, S. 1–4
- Cassel D, E Knappe, P Oberender (1997): Für Marktsteuerung, gegen Dirigismus im Gesundheitswesen, in: Wirtschaftsdienst 77, S. 29–36
- Cassel D, K Wilke (2000): Das Say'sche Gesetz im Gesundheitswesen: Schafft sich das ärztliche Leistungsangebot seine eigene Nachfrage? Eine Analyse zur angebotsinduzierten Nachfrage in der ambulanten ärztlichen Versorgung anhand deutscher Paneldaten, Dortmund
- Cavelaars AEJM (1998): Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 Western European countries, in: Journal of Epidemiology and Community Health 52 (1998), S. 219–227
- Deutscher Bundestag/ Enquetekommission (1990): Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung, Band 2, Bonn
- Ferber C v (1975): Medizin und Sozialstruktur, in: Blohmke M, Chr. V Ferber, KP Kisker, H Schaefer (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Bd. 1, S. 261–300
- Flinthrop, J, T Gerst (2005): Individuelle Gesundheitsleistungen – Ausfrangungen eines grauen Marktes, in: Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), S. A469-A472
- Fries JF (1985): „The Compression of Morbidity“, in: World Health Forum 6 (1985), pp. 47–51
- GEK (2003): Gmünder Ersatzkasse (Hrsg.): GEK-Gesundheitsreport 2003: Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung, Sankt Augustin
- Göpffarth D, B Milbrandt (1998): Das Gesundheitswesen als Beschäftigungs- und Wachstumsfaktor, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 6 (1998), S. 233–247
- Helmert U und S Shea (1994): Social Inequalities and Health Status in Western Germany, in: Public Health (108) 1994, S. 341–356
- Hof B (2001): Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, PKV-Dokumentation 24, Köln
- Horx M (2004): Megatrend Gesundheit, in: Future – Das Aventis Magazin, (1) 2004, S. 6–10
- Jöckel K-H, B Babitsch, B-M Bellach, K Bloomfield, J Hoffmeyer-Zlotnik, J Winkler, C Wolf (1998): Messung und Quantifizierung soziographischer Merkmale in epidemiologischen Studien, o. O.
- Knesebeck Ovd (1998): Subjektive Gesundheit im Alter, Münster
- Knieps F (1997): Die gesetzliche Krankenversicherung im Spannungsfeld von Gesundheitspolitik und Wettbewerb – Koordinierung und Konkurrenz im deutschen Gesundheitswesen, in: Arbeit und Sozialpolitik 51 (1997), S. 58–63
- Kopetsch Th (2001): Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Band 5, Baden-Baden
- Lampert H (2002): Überlegungen zum Verhältnis zwischen Wirtschaftspolitik und Sozialpolitik, in: Fachinger U, H Rothgang, H Viebrok (Hrsg.): Die Konzeption sozialer Sicherung, Baden-Baden, S. 45–53
- Langer B (2005): Steuerungsmöglichkeiten des GKV-Arzneimittelmarktes – Selbstbeteiligungen unter besonderer Berücksichtigung von Härtefallregelungen, Berlin
- Langer B, AB Pfaff, C Rindsfüßer, M Eller, A Mielck, H Baumann (2003): Berücksichtigung von Härtefällen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 57 (2003), S. 43–50
- Lipicki C (2002): AOK gegen Selbstbehalte und Wahltarife, in: Berliner Zeitung, Ausgabe vom 24.05.2002, S. 27
- Mielck A (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern
- Oberender A (1996): Zur Reform der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine ordnungspolitische Analyse unter besonderer Berücksichtigung des Leistungskatalogs, Freiburg
- Oberender P (1980): Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Zur Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, in: Jahrbuch für Sozialwissenschaft 31 (1980), S. 145–176
- Oberender P (1985): Marktsteuerung der Gesundheitsnachfrage: Möglichkeiten und sozialpolitische Grenzen – Vorschläge zur Neuorientierung im Gesundheitswesen, in: Geigant F, P Oberender (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen einer Marktsteuerung im Gesundheitswesender Bundesrepublik Deutschland, Gerlingen, S. 13–57
- Oberender P, A Hebborn (1998): Gesundheitsgüter – Besondere Güter?, in: Oberender P, A Hebborn (Hrsg.): Wachstumsmarkt Gesundheit: Therapie des Kosteninfarkts, Bayreuth, S. 15–27
- Oberender P, A Hebborn, J Zerth (2002): Wachstumsmarkt Gesundheit, Stuttgart u. a.
- Pfaff AB, S Busch, C Rindsfüßer (1994): Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Auswirkungen der Reformgesetzgebung von 1989 und 1993 auf die Versicherten, Frankfurt a. M.
- Pfaff M (1984): Internationale Erfahrung, in: Bundesarbeitsblatt 12 (1984), S. 13–18
- Pfaff M (1985): Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig „sozial tragbar“ und „kostendämpfend“ sein?, in: Sozialer Fortschritt 34 (1985), S. 272–276
- Pfaff M, S Busch (1987): Forderungen zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung im Überblick, in: Sozialer Fortschritt 36 (1987), S. 245–258
- Reinhardt U (2001) anlässlich der Tagung „health world 2002“, zitiert nach: Schlingensiepen, I (2001): Das deutsche Gesundheitssystem hat viele Vorteile, aber vor allem ein Kosten-Nutzen-Problem, in: Ärzte Zeitung vom 16. November 2001, S. 2
- Reinhardt UE (2004): Warum es viele Wege gibt Kosten zu senken, in: Future – Das Aventis Magazin, (1) 2004, S. 16–19
- Schneider M, U Hofmann, S Jumel, A Köse (2002): Beschäftigungsunterschiede in ausgewählten Gesundheitssystemen der EU, Augsburg
- Schröder H, GW Selke (1999): Arzneimittelmarkt 1997 geprägt von Zahlungserhöhungen, in: Sozialer Fortschritt 48 (1999), S. 43–45
- SCHUFA (2004): Schutzgemeinschaft für allgemeine Kreditsicherung (Hrsg.): Schulden-Kompass 2004 – Empirische Indikatoren der privaten Ver- und Überschuldung in Deutschland, Wiesbaden
- Schulz-Nieswandt F (1989a): Öffentlicher Sicherstellungsauftrag, meritokratischer Handlungsbedarf und Anbieterdominanz im Gesundheitswesen, in: Zeitschrift für Sozialreform 35 (1989), S. 291–301
- Schulz-Nieswandt F (1989b): Die Nicht-Markt-Steuerung im Gesundheitswesen, in: Zeitschrift für Sozialreform 35 (1989), S. 653–666
- Siegrist J (1977): Lehrbuch der Medizinischen Soziologie, 3. Aufl., München u. a.
- Siegrist J (1995): Medizinische Soziologie, 5. Aufl., München u. a.
- Siegrist J, M Möller-Leimkühler (1998): Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit, in: Schwartz FW, B Badura, R Leidl, H Raspe, J Siegrist (Hrsg.): Das Public Health Buch, S. 94–109
- Staehe HJ, T Kerschbaum (2003): Mythen Schweiz – Meinungen und Fakten zur Mundgesundheit in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland, in: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 58 (2003), S. 325–330
- Stanowsky J (2004): Gesundheitsmarkt – ein Wachstumsmotor?, Economic Research Abteilung der Allianz Group, München
- Statistisches Bundesamt (2002): Bevölkerungsentwicklung Deutschlands von 2002 bis 2050 – Nach der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2004a): Statistisches Jahrbuch 2004, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2004b): Gesundheit – Krankheitskosten 2002, Presseexemplar, Wiesbaden
- Steinkamp G (1993): Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozial-epidemiologischen Ungleichheitsforschung, in: Sozial- und Präventivmedizin 38 (1993), S. 111–122
- Straubhaar T, G Geyer, H Locher, J Pimpertz, H Vöpel (2006): Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen – Beschäftigungswirkungen eines modernen Krankenversicherungssystems, Hamburg

SVR (2002): Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.): Jahresgutachten 2002/03, Reutlingen

SVRKAiG (1994): Sachverständigen Rat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Baden-Baden

van Zon A, J Muysken (2001): Health and Endogenous Growth, in: *Journal of Health Economics*, 20 (2001), S. 169–185

VdAK (1983): Verband der Angestellten-Krankenkassen (Hrsg.): Grundsätze der Angestellten Ersatzkassen für die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung, Siegburg

Verbrugge LM (1984): Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons, in: *Milbank Memorial Fund Quarterly* 62 (1984), pp. 474–519

Verein für Socialpolitik (2002): o.T., in: *Dienst für Gesellschaftspolitik* 42 (2002), S. 3–4

Winkelhake O, U Miegel, K Thormeier (2002): Die personelle Verteilung von Leistungsausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung 1998 und 1999, in: *Sozialer Fortschritt* 51 (2002), S. 58–61

Winkleby MA, DE Jatulis, E Frank, SP Fortmann (1992): Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease, in: *American Journal of Public Health* 82 (1992), S. 816–820

Zweifel P, S Felder, M Meiers (1999): Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?, in: *Health Economics* 8 (1999), pp. 485–496

Fußnoten

- 1 Vgl. Beske und Zalewski (1981), vgl. Vdak (1983).
- 2 Vgl. Oberender (1980), S. 147 f. Zur kritischen Einordnung wettbewerblicher Steuerungskonzepte für den Gesundheitsmarkt vgl. Pfaff und Busch (1987). Auf die mangelhafte Steuerung der Anbieterseite infolge mangelhafter Kapazitätsplanung und unzureichender Auswahl der Leistungserbringer, die sich somit ihre „Nachfrage weitgehend selbst schaff[en]“ sowie „politisch zu verantwortende Mängel der Globalsteuerung“ weist Knies (1997) hin.
- 3 Vgl. SVRKAiG (1994), S. 180.
- 4 Vgl. Schneider et al. (2002).
- 5 Oberender et al. (2002), S. V, vgl. dazu auch Göppfarth und Milbrandt (1998), S. 241ff.
- 6 Vgl. Straubhaar et al. (2006).
- 7 Vgl. Fries (1985).
- 8 Der Begriff der „Versteilerung“ bezieht sich hier auf die Erhöhung zeitpunktbezogener Ausgabenprofile im Zeitablauf. Demgegenüber wird der Begriff auch statisch als für die in höheren Altersklassen ansteigenden Gesundheitsausgaben verwendet (vgl. Hof (2001), S. 44).
- 9 Vgl. Verbrugge (1984).
- 10 Vgl. Buchner und Wasem (2000); vgl. Zweifel et al. (1999).
- 11 Vgl. Schulz-Nieswandt (1989a), S. 294.
- 12 Vgl. Lampert (2002).
- 13 Vgl. van Zon und Muysken (2001).
- 14 Vgl. Oberender et al. (2002), S. 170 f.; Horx (2004), S. 10; Stanowsky (2004).
- 15 Allerdings wird der GKV in der momentanen Ausgestaltung häufig abgesprochen, diese Wachstumsimpulse liefern zu können.
- 16 Vgl. Flintrop und Gerst (2005), S. A469ff.
- 17 Vgl. Burger und Männel (2004).
- 18 Vgl. Beske (2000), Arbeitsgemeinschaft Selbständiger Unternehmer e. V. (1983), sowie: Erklärung der Mitglieder des Ausschusses des Vereins für Socialpolitik (2002). Diese heben insbesondere hervor, dass das administrativ-korporatistische System mit sektoraler Budgetierung und Bedarfsplanung durch wettbewerbliche Handlungsfreiräume der einzelwirtschaftlichen Akteure ersetzt werden müsse. Ebenso wird gefordert, wettbewerbs-taugliche sektorenübergreifende Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zu entwickeln sowie die Einbeziehung aller Personengruppen und Berücksichtigung aller Einkommensarten zur Beitragsbestimmung. Die Abkoppelung der Beiträge von den Arbeitseinkommen wird ebenso vorgeschlagen wie eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage.
- 19 Vgl. Lipicki (2002), S. 27; Kopetsch (2001), S. 158; vgl. Cassel (1997), S. 11; vgl. Cassel et al. (1997), S. 32; vgl. Oberender (1996), S. 194.
- 20 Wert bezogen auf das Jahr 2003 (vgl. Statistisches Bundesamt (2004)).
- 21 Vgl. hierzu auch den zusammengefassten Beitrag von Reinhardt (2001), vgl. Pfaff (1984), S. 14: „In den zehn westlichen Industrienationen lässt sich nicht feststellen, dass die Gesundheitsausgaben (pro Kopf und als Anteil am Bruttoinlandsprodukt) in Ländern mit einem höheren Anteil der privaten Konsumentenzahlungen signifikant niedriger sind!“
- 22 Vgl. Reinhardt (2004), S. 16
- 23 Vgl. SVR (2002), S. 433
- 24 Winkleby et al. (1992), S. 816
- 25 Vgl. Siegrist (1995), S. 61ff.
- 26 Vgl. Steinkamp (1993), S. 111 und weiter: „Seit dem 12. Jahrhundert, in dem zum ersten mal Daten über diesen Zusammenhang berichtet worden sind, bis heute lässt sich der Schichtgradient belegen: Er ist konsistent für eine große Zahl von Krankheiten, für verschiedene Populationen und bleibt über bemerkenswert lange Zeiträume stabil.“
- 27 Vgl. Bauch et al. (1991), S. 357
- 28 Vgl. Knesebeck (1998)
- 29 Vgl. Mielck (2000), S. 98
- 30 Vgl. Mielck (2000), S. 99
- 31 Vgl. Siegrist und Möller-Leimkühler (1998), S. 97
- 32 Verbundene, gewichtete Dimensionen aus Schul- und Berufsausbildung, Stellung im Beruf und Einkommen. Vgl. Jöckel et al. (1998)
- 33 Vgl. Cavelaars et al. (1998)
- 34 Vgl. Mielck (2000), S. 222
- 35 Vgl. Staehle und Kerschbaum (2003), S. 328.
- 36 Vgl. Schulz-Nieswandt (1989b).
- 37 Vgl. Ferber (1975), S. 273.
- 38 Vgl. Siegrist (1977), S. 163
- 39 Vgl. Schufa (2004).
- 40 Vgl. Schröder et al. (1999), S. 44.
- 41 Vgl. Winkelhake et al. (2002), S. 58ff.
- 42 Vgl. Pfaff et al. (1994), S. 210.
- 43 Vgl. Gek (2003), S. 93ff.
- 44 Vgl. Butterweck (2004), S. 18ff.
- 45 Bei der als Überforderungsklausel bezeichneten und bis zur Einführung des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes gültigen Regelung nach § 62 SGB V alt konnten sich Versicherte nach Vorlage entsprechender Belege rückwirkend von Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie Fahrtkosten befreien lassen, die 2 % ihrer jährlichen Haushaltsbruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt übersteigen. Ebenfalls nach § 62 SGB V alt waren Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und ein Jahr lang Zuzahlungen in Höhe von mindestens 1 % ihrer Haushaltsbruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt geleistet haben, für die weitere Dauer dieser Behandlung vollständig von Selbstbeteiligungen befreit (Chronikerregelung).
- 46 Bei der auch als Sozialklausel bezeichneten und mit der Einführung des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes abgeschafften Regelung nach § 61 SGB V konnten Versicherte, deren Haushaltseinkommen eine bestimmte Einkommensgrenze nicht überschreitet, vollständig von Zuzahlungen zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten, Mütterkuren, stationärer Vorsorge und Rehabilitation, Anschlussrehabilitation sowie Zahnersatz befreit werden.
- 47 Vgl. Langer et al. (2003).
- 48 Vgl. Langer (2005).