

² Europäische Kommission: Die soziale Lage in der Europäischen Union 2003. Kurzfassung im Internet: http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2003/sep/socsit_report_de./html.

³ Tacke, J. / Lauterbach, K. W.: Bedeutung der Arztdichte für das Gesundheitswesen. In: MMW 140 (1988) Nr. 39, S. 36/526 ff., hier: S. 39/529.

⁴ Bruckenberger, E.: Herzbericht 1999. Hannover 2000. Abb. 6/28 auf S. 80 und Tab. 6/3 auf S. 60.

⁵ Inwiefern sie für die im Gegenteil ansteigenden Sterbeziffern verantwortlich ist, ist hier nicht zu klären.

⁶ Schwartz, F. W. / Busse, R.: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In: Das Public Health Buch, hrsg. v. Schwartz, F.W. et al., 2. Aufl., München und Jena 2003, S. 518 ff., hier: S. 538.

Gesundheit, ein Privileg der Reichen?

Klaus-Dirk Henke, Axel Mühlbacher

1. Gesundheitsdeterminanten und gesundheitspolitische Handlungsziele

Zu den Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustandes gehören individuelle Größen, wie z. B. Erbfaktoren und Lebensgewohnheiten, demografische Faktoren, wie z. B. Alter oder Geschlecht, und sozioökonomische Größen, wie etwa Beruf, Einkommen oder Ausbildung. Auch strukturelle Größen, wie z. B. Arbeits- und Wohnbedingungen sowie medizinische Größen, wie etwa die Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit von Gesundheitsleistungen gehören zu den Determinanten.¹ Nach einer Veröffentlichung der World Health Organization sind die wichtigsten sozialen Einflussfaktoren auf die Bevölkerungsgesundheit²:

- der Sozialstatus, besonders Einkommen und Bildung,
- soziale Isolation, Angst, Unsicherheit und geringes Selbstbewusstsein,
- die sozioökonomische Situation des elterlichen Haushaltes, emotionale Vernachlässigung, Ernährungsfehler in der Kindheit,
- soziale Ausgrenzung von Randgruppen (Armut, Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit etc.),
- Arbeitsbedingungen, ein unausgewogenes Verhältnis zwischen Entscheidungsfreiräumen und hohen Anforderungen, fehlende Anerkennung,
- Arbeitslosigkeit und geringe Arbeitsplatzsicherheit,
- fehlende soziale Kontakte und Unterstützung durch Freunde und Familie,

- Missbrauch von Alkohol, Drogen und Tabak,
- mangelhafte Qualität der Ernährung, schlechter Zugang zu gesunden Nahrungsmitteln und Aufklärung,
- mangelnde Bewegung und Verkehrsunfälle.

Aus diesen übergreifenden und speziellen Einflussfaktoren lassen sich politische Handlungsziele ableiten. Gesundheitspolitische Entscheidungen können an den genannten Handlungsbereichen ausgerichtet werden. Und in diesem umfassenden Kontext wird das Gesundheitswesen zunehmend als personalintensive Dienstleistungs- und Wachstumsbranche begriffen.³ Zur Zielsetzung eines Gesundheitssystems gehört vor allem die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit der jeweiligen Bevölkerung in ihrer gruppenspezifischen und regionalen Untergliederung.

Einführend lässt sich der Tabelle 1 anhand der Lebenserwartung in ausgewählten Ländern entnehmen, dass sie international gesehen sehr unterschiedlich ausfällt und der Unterschied zwischen Japan und Russland 15 Jahre ausmacht.

Unbestritten ist die Tatsache, dass sich die sozialen Sicherungssysteme in einem erheblichen und wohl auch permanenten Umbruch befinden. Dafür gibt es eine Reihe von Gründen, wobei noch immer die Entwicklung der Gesundheitsausgaben im Vordergrund steht. In Tabelle 2 (S. 408) wird deutlich, wie stark Pro-Kopf-Ausgaben im internationalen Vergleich schwanken. Die Amerikaner, Schweizer und Norweger geben mehr als 3000 US-Dollar pro Kopf und Jahr (2001) aus während Griechenland, Spanien und Portugal gerade etwa halb so viel pro Kopf aufbringen.

Tabelle 1: Lebenserwartung in ausgewählten Ländern

	Lebenserwartung bei der Geburt (in Jahren) (2001)	Wahrscheinlichkeit des Todes im Alter zwischen 15 und 60 Jahren (% Männer) (2000 bis 2001)	Wahrscheinlichkeit des Todes im Alter zwischen 15 und 60 Jahren (% Frauen) (2000 bis 2001)
Japan	81	9.8	4.4
Frankreich	79	13.7	5.7
USA	78	14.1	8.2
Deutschland	78	12.6	6.0
Ver. Königreich	77	10.9	6.6
Dänemark	77	12.9	8.1
Mexiko	73	18	10.1
Polen	70	22.8	8.8
Türkei	70	21.8	12.0
Brasilien	68	25.9	13.6
Russland	66	42.4	15.3

Quelle: World Development Indicators. World Bank 2003.

Die Unterschiede in der Lebenserwartung und den Ausgaben für Gesundheitsleistungen für die hier dargestellten Länder zeigen nur exemplarisch die weltweite Herausforderung bei der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Bevölkerungsgesundheit und der Finanzierung von Gesundheitsgütern. Bei der Betrachtung der internationalen Ausgabenentwicklung und den großen Unterschieden in der Lebenserwartung stellt sich die Frage, inwieweit die Umsetzung der oben skizzierten gesundheitspolitischen Zielsetzungen abhängig ist von der Wirtschaftskraft bzw. dem gesellschaftlichem Wohlstand.

Tabelle 2: Die Entwicklung von Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich, in US-\$ Kaufkraftparitäten

	1970	1980	1990	1995	2000	2001
Australien		658	1.300	1.778	2.350	
Belgien	130	576	1.245	1.900	2.293	
Dänemark		819	1.453	1.880	2.398	2.503
Deutschland	223	824	1.600	2.263	2.780	2.808
Finnland	161	509	1.295	1.414	1.699	1.841
Frankreich			1.509	1.984	2.561	2.561
Griechenland	98	348	695	1.226	1.556	1.511
Großbritannien	144	445	977	1.330	1.813	1.992
Irland	99	452	719	1.223	1.793	1.935
Italien			1.321	1.486	2.060	2.212
Japan	130	523	1.082	1.581	1.984	
Kanada	255	709	1.674	2.115	2.580	2.792
Luxemburg	148	606	1.501	2.138	2.719	
Neuseeland	177	458	937	1.238	1.611	1.733
Niederlande		668	1.333	1.787	2.348	2.626
Norwegen	132	632	1.363	1.865	2.787	3.012
Österreich	159	662	1.204	1.831	2.233	
Portugal	46	265	611	1.134	1.519	1.613
Schweden	270	850	1.492	1.680	2.195	2.270
Schweiz	292	891	1.836	2.555	3.160	3.248
Spanien	83	328	813	1.163	1.497	1.600
Türkei	23	75	171	190		
USA	347	1.055	2.738	3.654	4.540	4.887
Durchschnitt	170	588	1.260	1.718	2.298	2.420

Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2003.

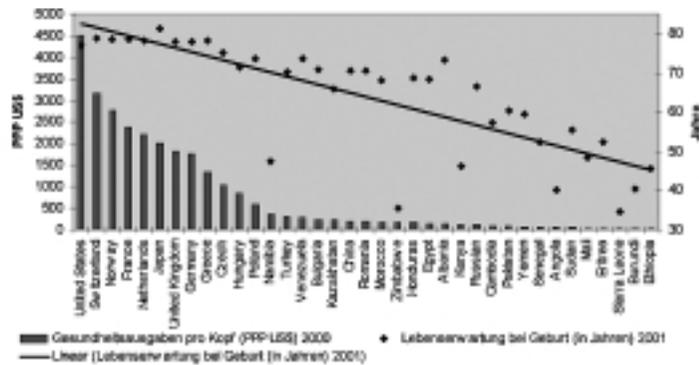
2. Ist Gesundheit ein Privileg der Reichen?

a) Internationale Entwicklung von Gesundheit und Armut

Auf Basis der weitreichenden Literatur lässt sich diese Frage nach dem Zusammenhang von Gesundheit und Armut eindeutig positiv beantworten.⁴ Schon ein flüchtiger Blick über die Grenzen der Industrienationen zeigt die schichtenspezifischen Unterschiede im Gesundheitszustand und macht deutlich, dass bei der Allokation der Ressourcen die Erträge der Gesundheitsausgaben höchst unterschiedlich ausfallen. Nicht nur im nationalen Kontext korreliert die Mortalität und Morbidität negativ mit dem Bruttoinlandsprodukt und der Bildung; vor allem für weniger entwickelte Länder liegt dieser Zusammenhang vor. In der gebotenen Kürze soll hier dieser Zusammenhang anhand einiger Statistiken aufgezeigt werden.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben, Bruttoinlandsprodukt, Bildung und Lebenserwartung.⁵ Der Abbildung 1 (S. 410) ist ein solcher Zusammenhang von Gesundheitsausgaben und der durchschnittlichen Lebenserwartung zu entnehmen. Innerhalb der Industrienationen ist Japan in der Lebenserwartung ein Ausreißer, während die USA mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben eine geringere Lebenserwartung aufweisen als die Schweiz, Norwegen, Frankreich, Holland, England, Deutschland und Griechenland, die in dieser Reihenfolge alle weniger pro Kopf ausgeben. Damit zeigt sich, dass neben den Gesundheitsausgaben pro Kopf natürlich noch andere Faktoren auf die Lebenserwartung einwirken. Andere volkswirtschaftliche Sektoren, wie z. B. Bildung, Verkehr, und eine Vielzahl anderer Faktoren (siehe oben) üben Einfluss auf die Lebensdauer einer Bevölkerung und ihren Gesundheitszustand aus.

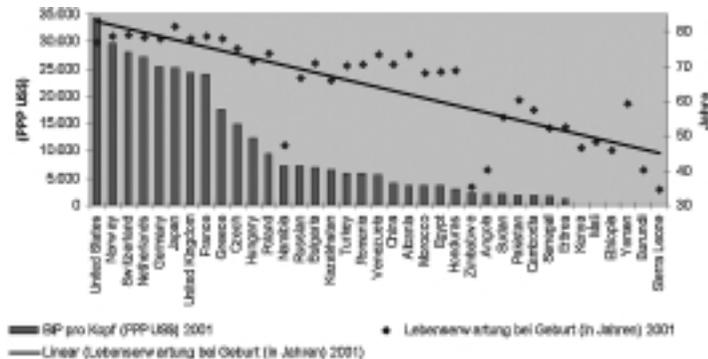
Abbildung 1: Gesundheitsausgaben (2000) und Lebenserwartung (2001)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des United Nations Development Programme, 2003.

Die Höhe der Gesundheitsausgaben pro Kopf wird häufig mit dem Reichtum der Nationen in Zusammenhang gebracht. Sie ist also unter anderem abhängig vom Bruttoinlandsprodukt (BIP) einer Nation.

Abbildung 2: BIP pro Kopf und Lebenserwartung (2001)

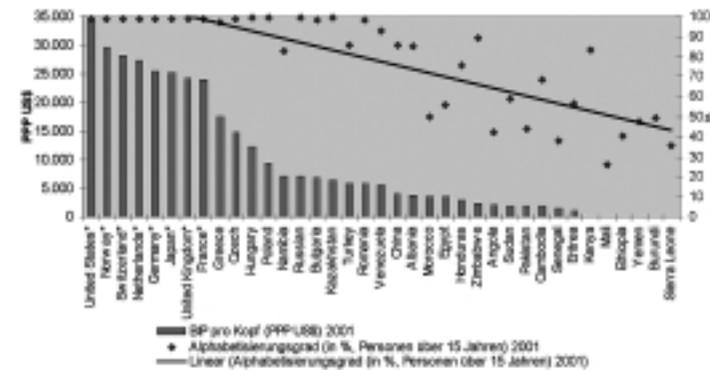


Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des United Nations Development Programme, 2003.

In der Abbildung 2 ist ersichtlich, dass die Lebenserwartung mit einem steigenden BIP weltweit zunimmt. Aber auch hier gibt es wieder Abweichungen nach unten, z. B. Namibia, Simbabwe und Angola, und nach oben, z. B. Japan, Albanien oder China. Auch diese Abbildung zeigt, wie differenziert der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Armut analysiert werden muss. Ein weiterer wichtiger Faktor für die Gesundheit ist die Bildung. Ist der Zugang zu dieser lebenswichtigen Ressource nicht gegeben, werden die Chancen auf ein gesundes Leben wesentlich reduziert.

In der Abbildung 3 zeigt sich der Zusammenhang der Alphabetisierungsquote mit dem BIP. Ein hohes BIP verbessert, neben anderen Faktoren, die Chancen auf mehr Bildung und diese wiederum das persönliche Gesundheitsverhalten. Studien zufolge steigt die Krankheitsrate jener Personen, die über eine geringere Bildung verfügen; dieses äußert sich auch in einer geringeren Lebenserwartung bei niedriger Alphabetisierungsquote (siehe Abbildung 4, S. 412).

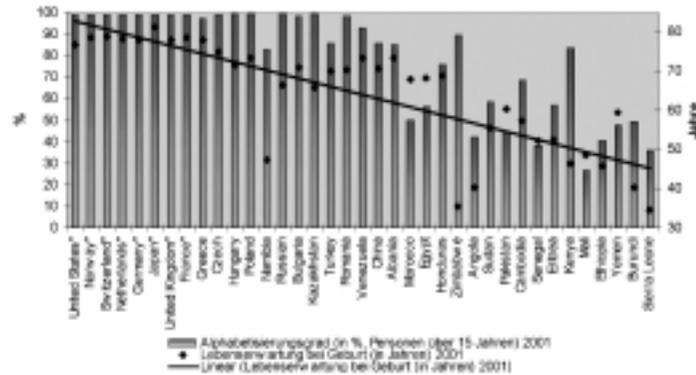
Abbildung 3: BIP pro Kopf und Alphabetisierungsquote (2001)



* keine Angaben für den Alphabetisierungsgrad, 99 Prozent wurden vom United Nations Development Programme (2003) zu Berechnungen herangezogen

Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des United Nations Development Programme, 2003.

Abbildung 4: Alphabetisierungsquote und Lebenserwartung (2001)



Quelle: Eigene Darstellung nach Daten des United Nations Development Programme, 2003.

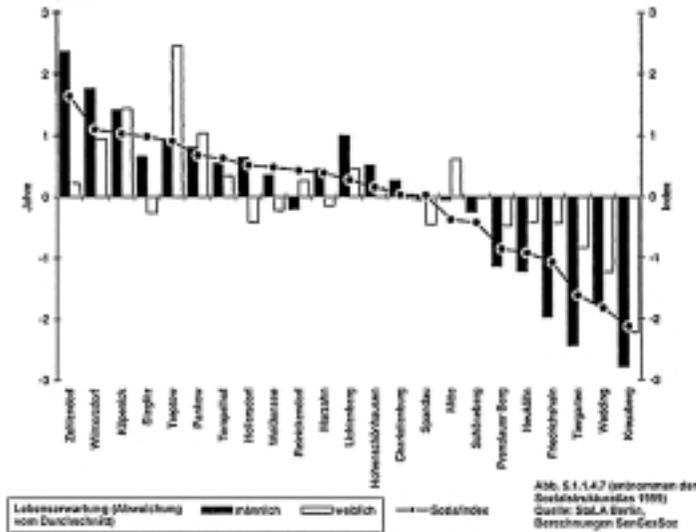
b) Nationale Entwicklung von Gesundheit und Armut

Die Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand sind nicht nur in ärmeren bzw. weniger entwickelten Ländern zu beobachten. Wie die folgenden Abbildungen zeigen, besteht dieser Zusammenhang auch in Industrienationen, wengleich dort auch auf einem deutlich höheren Versorgungsniveau. An zwei Beispielen sei dieser Zusammenhang illustriert.

Seit Jahren wird in Berlin der Zusammenhang zwischen Sozialindex und der Lebenserwartung statistisch dokumentiert. Dort zeigt sich erwartungsgemäß, dass Berliner aus wohlhabenderen Bezirken länger leben als die Bewohner anderer Stadtteile mit einem niedrigeren Sozialindex (siehe Abbildung 5). Kreuzberg und Zehlendorf stehen sich bei dieser Betrachtung diametral gegenüber. Im Grunde dokumentiert diese Abbildung die oben bereits ausgeführten Überlegungen. Die Frage ist nur, wie man weniger privilegierte Regionen national und international auf das wün-

schenswerte Niveau heranzuführt, ohne die Versorgungsqualität privilegierterer Regionen zu gefährden.

Abbildung 5: Zusammenhang zwischen Sozialindex (Skala rechts) und der Abweichung der geschlechtsspezifischen mittleren Lebenserwartung (Skala links) in den Berliner Bezirken (1996 – 1998)



Quelle: Bezirksamt Neukölln, 2002.

Auch in Bremen zeigt sich, dass Männer und Frauen aus unteren Schichten häufiger an Krebs, ischämischen Herzkrankheiten und cerebrovaskulären Krankheiten sterben (siehe Tabelle 3, S. 414). Bewohner von Ortsteilen in Bremen mit dem geringsten sozioökonomischen Status haben ein höheres Risiko als Bewohner eines Ortsteiles mit dem höchsten sozioökonomischen Status.⁶

Zieht man das Einkommen, den Beruf oder den erreichten Ausbildungsstand als gruppenbildendes Merkmal heran, lassen sich also für die verschiedensten Indikatoren

der Krankenversorgung und Gesundheitsförderung eines Landes Unterschiede zeigen. Der Gesundheitsstand, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, die Lebensweise, der Krankenversicherungsschutz, die Finanzierung und der Ausgaben- bzw. Leistungszufluss sowie andere Größen lassen sich zum Vergleich heranziehen. Diese und andere Versorgungsebenen mit ihren jeweiligen Indikatoren können nach ihrer statistischen Erfassung auf ihre Beeinflussbarkeit durch öffentliche Aktivitäten, Aufklärung, Präventionsmaßnahmen und Anreize verschiedenster Art untersucht werden.⁷

Tabelle 3: Schichtzugehörigkeit und Todesursachen (Bremen)

Todesursachen	Männer		Frauen	
	untere Schicht ^a	obere Schicht ^b	untere Schicht ^a	obere Schicht ^b
Krebs	358	260	190	183
Ischäm. Herzkrankheiten	253	208	99	66
Cerebrov. Krankheiten	114	102	83	69

a: Ortsteile in Bremen mit dem geringsten sozio-ökonomischen Status

b: Ortsteile in Bremen mit dem höchsten sozio-ökonomischen Status

Datenbasis: Volkszählung 1987, altersstandardisierte Mortalitätsdaten 1980-1989

Quelle: Tempel & Witzko 1994

c.) Arbeitslosigkeit, Armut und Gesundheit

Bedingt durch eine schlechte wirtschaftliche Entwicklung haben derzeit in Deutschland über vier Millionen Menschen keine Arbeit. Unterschiedliche Studien belegen, dass Arbeitslosigkeit in einem schlechteren Gesundheitszustand von Frauen und Männern resultiert (z. B. Rosenbrock 1997, Tabelle 4).

Tabelle 4: Arbeitslose im Vergleich zu Beschäftigten

Sterblichkeit	Erhöht um 20–90 %
Körperliche Erkrankungen	Erhöht um 30–80 %
Psychische Leiden	Erhöht um ca. 100 %
Gesundheitszufriedenheit	Negative Bewertung 3x häufiger

Quelle: Rosenbrock, 1997

Untersuchungen des Robert Koch Instituts (2003) ergaben, dass die Inanspruchnahme von stationären Leistungen bei Arbeitslosigkeit deutlich erhöht ist; arbeitslose Männer verbringen doppelt so viele Tage und arbeitslose Frauen 1,7-mal so viele Tage im Krankenhaus. Das Risiko für Mortalität und Morbidität erhöht sich ursächlich durch die Dauer der Arbeitslosigkeit.⁸ Ohne an dieser Stelle die Methodik dieser Arbeiten zu hinterfragen, dürfte die Richtung ihrer Aussage unzweifelhaft zutreffen. Hinzu tritt noch, dass es *ceteris paribus* bei einkommensabhängig finanzierten Krankenversicherungssystemen bei Arbeitslosigkeit zu einer Erosion der Beitragsbemessungsgrundlage (Löhne und Gehälter) kommt.

Die Auswirkungen von Armut und sozialer Ausgrenzung treffen besonders leicht die Kinder. Kinder sind die Zukunftsträger einer Gesellschaft und verantwortlich für das zukünftige Wirtschaftswachstum. Ein schlechter Gesundheitszustand in Folge von Armut und sozialer Ausgrenzung führt zu einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und psychischen Ausgeglichenheit. Aus der Tabelle 5 (S. 416) lässt sich für Kinder nach der Schichtzugehörigkeit ihrer Eltern deutlich ablesen, was es ausmacht in der unteren, mittleren oder oberen Schicht groß zu werden.

Tabelle 5: Gesundheitszustand von Kindern nach der Schichtzugehörigkeit der Eltern (Angaben in %)

Soziale Schicht der Eltern	untere	mittlere	obere
Schlechte Gesundheit allgemein	16	8	1
Kopfschmerzen	22	13	9
Rückenschmerzen	16	13	9
Nervosität	22	15	8
Schlechtes Einschlafen	26	18	16
Hilflosigkeit	14	6	3
Einsamkeit	19	9	9

Quelle: Klocke, Hurrelmann 1995

Wie bereits in der Abbildung 5 wird in dieser Betrachtung oft übersehen, dass die Angehörigen wenig privilegierter Schichten hinsichtlich ihrer Ausgangslage bereits häufig eine Verbesserung der Lebensumstände erfahren haben. Dennoch wird damit der Handlungsbedarf nicht in Frage gestellt. Zukünftige Produktivkräfte gehen angesichts dieser Situation verloren. Nur die zukünftige Leistungsfähigkeit jüngerer Generationen sichert in naher Zukunft die Finanzierbarkeit der Sozialsysteme, wie z. B. Rentenversicherung und Krankenversicherung. Insoweit ist eine gute Wirtschaftspolitik mit einem hohen Beschäftigungsstand zugleich Gesundheitsförderung und führt zu einer Beseitigung von Ungleichheiten.

3. Ökonomische Implikationen ungleicher Gesundheitsversorgung

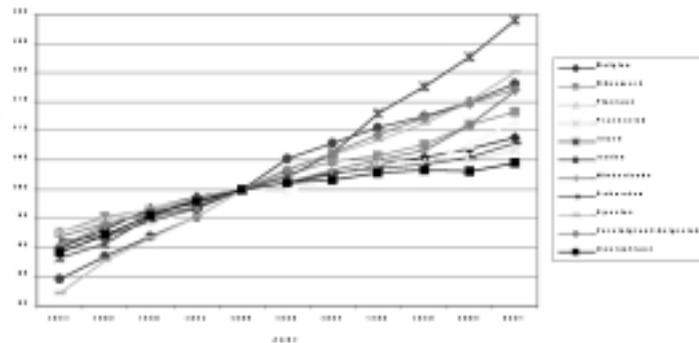
a.) Die Perspektive der World Health Organization

Im Oktober 2003 veranstaltete die World Health Organization (WHO) zum zweiten Mal die „Consultation on Macroeconomics and Health: Increasing Investments in Health Outcomes for the Poor“. Zielsetzung dieser Veranstaltungen war es, Gesundheit im Zusammenhang mit der makroökonomischen Entwicklung zu diskutieren. Im Ergebnis der Tagung zeigte sich, dass Gesundheit nicht mehr nur als abhängige Variable der wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung gesehen werden kann, sondern auch als entwicklungs-fördernder Faktor erkannt werden muss. Entsprechende Forderungen wurden durch die WHO postuliert.⁹ Die Forderung nach einer kostengünstigen und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung basiert nicht nur auf ethischen und moralischen Gerechtigkeitsvorstellungen; sie bezieht sich vielmehr darauf, dass Gesundheit für sich genommen eine Produktivkraft darstellt und Wertschöpfung und Wachstum einer Gesellschaft somit erst ermöglicht.¹⁰ Ein ausgewogenes und funktionstüchtiges Gesundheitssystem ist eine wichtige Voraussetzung für die wirtschaftliche Entwicklung. Das Gesundheitswesen ist ein Wachstumsmarkt in zweierlei Hinsicht: zum einen durch das große Nachfragepotential dieses Dienstleistungssektors und zum anderen ist eine gesunde Gesellschaft eine notwendige Bedingung für ein ausreichendes Wirtschaftswachstum. Gerade ärmeren und sozial benachteiligten Bevölkerungsschichten muss daher eine ausreichende und wirtschaftliche Krankenversorgung und Gesundheitsförderung zugänglich gemacht werden.

b.) Das Potenzial einer personalintensiven Dienstleistungsbranche

Auch in der deutschen Politik wird das Gesundheitswesen als personalintensive Dienstleistungsbranche erkannt¹¹ und der medizinische und medizinisch-technische Fortschritt als wünschenswert eingestuft. Hinzu tritt die demografische Herausforderung¹², die mit Sicherheit keine Abflachung der Ausgabenentwicklung mit sich bringt. Dennoch gibt es Stimmen, die notwendigerweise steigende Gesundheitsausgaben und die damit verbundenen Umsätze und Gewinne im Gesundheitswesen als unethisch empfinden. Der technische und der medizinische Fortschritt werden als Kostentreiber gesehen und in ihrer Wertigkeit durch die geforderte Technologiefolgenabschätzung so stark relativiert bis der in Deutschland so dringlich erforderliche Technologieschub fast nur noch im Ausland stattfindet.

Abbildung 6: Wirtschaftswachstum: Deutschland im europäischen Vergleich



Quelle: OECD 2003

Im europäischen Vergleich zeigt sich, dass die deutsche Wirtschaft an Schwung verliert. In den neunziger Jahren konnte das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf noch von 17.200 Euro im Jahr 1991 auf 24.600 Euro im Jahr 2002 (real in Kaufkraftparitäten) zulegen. Andere europäische Staaten konnten aber im gleichen Zeitraum größere Zuwächse verzeichnen und Deutschland überholen: Ausgehend vom Basisjahr 1995 (1995 = 100 Prozent) bildet Deutschland beim Wachstum des Bruttoinlandsprodukts das Schlusslicht (siehe Abbildung 6). Wenn es zutrifft, dass das Humankapital eine wesentliche Voraussetzung für die Wertschöpfung und das Wirtschaftswachstum eines Landes darstellt, dann ist neben der Bildung auch die Gesundheit als ein wichtiger Faktor hervorzuheben.

Diese Aussage gilt für Industrienationen und Entwicklungsländer gleichermaßen, wobei zusätzliche Investitionen in einen dieser beiden Sektoren in weniger entwickelten Ländern sicherlich größere „Erträge“ bringen als in hoch entwickelten Volkswirtschaften.

Die Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung der Bevölkerungsgesundheit gewinnt durch den Zusammenhang von Armut, Gesundheit und wirtschaftlichem Wachstum eine neue Dimension. Dabei führen Finanzierungsprobleme zu vielfältigen Fragen und bei den vielen Antwortmöglichkeiten auch zu einer schleichenden oder offenen Rationierung von Gesundheitsleistungen als Problemlösung. Eine Rationierung von Gesundheitsleistungen führt in aller Regel zu einem schlechteren Gesundheitszustand der Bevölkerung. Davon ist in erster Linie die sozial schwächere Bevölkerung betroffen; gerade diese Bevölkerungsgruppen müssen aber insbesondere bei hoher Arbeitslosigkeit in die Arbeitsprozesse von hoch entwickelten Volkswirtschaften integriert werden.¹³ Zudem treffen die Folgen verstärkt die Kinder – also die zukünftige Generation von hoffentlich dauerhaft erwerbstätigen Personen.

Ein rückläufiger Gesundheitszustand hat also negative Auswirkungen auf die derzeitige und besonders auf die zukünftige gesellschaftliche Wertschöpfung und das Wirtschaftswachstum. In Zukunft werden in einem überwiegend lohnabhängigen System demnach weniger Ressourcen für die Finanzierung bereitstehen. Damit ist die Wertschöpfung dieser vermeintlich anerkannten Wachstumsbranche auch in den Industrienationen in Frage gestellt. Das Potenzial einer personalintensiven Dienstleistungsbranche wird vertan und das gesellschaftlich wichtige Humankapital als Produktions- und Produktivitätsfaktor vernachlässigt.

Diese Entwicklungsspirale gilt für Industrie- und Entwicklungsländer gleichermaßen, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung. Dies wird deutlich, wenn man der oben gestellten Frage nachgeht, welche Determinanten die Bevölkerungsgesundheit letztendlich beeinflussen. Diese sozialen Faktoren stellen das gesundheitspolitische Handlungspotential dar.¹⁴ Betrachtet man die vorab diskutierten sozialen Determinanten der Gesundheit, so wird deutlich, dass die einflussreichsten Faktoren neben dem Sozial- und Gesundheitssystem das Einkommen, die Bildung, der Arbeitsmarkt, die Wohnverhältnisse, die Umwelt (Lebensbedingungen von Kindern und Erwachsenen) und der Verkehr sind. Die immensen Unterschiede im Bereitstellungsgrad einer bedarfsgerechten Infrastruktur zwischen Industrie- und Entwicklungsländern steht dabei völlig außer Frage. Sieht man einmal von der demografischen Herausforderung ab, hätten 95 Prozent der Weltbevölkerung lieber die Probleme der Industrienationen als ihre eigenen Probleme.

c.) Grundsicherung unter staatlicher Aufsicht
bei mehr Wettbewerb

Im Gesundheitswesen von Industrienationen stellt die Grundversicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung plus individueller Nachfrage nach weiteren Gesundheitsleistungen ein Zukunftsmodell dar. Der erforderliche soziale Ausgleich erfolgt über staatliche Transfers, so dass die Versicherungsaufgaben von den Umverteilungsaufgaben getrennt werden. In diesem Modell einer Grund- oder Mindestversicherungspflicht sollte es Wahl- und Wechselmöglichkeiten geben und mehr Wettbewerb insbesondere in der Erbringung von Gesundheitsleistungen. Finanzielle Anreize für mehr Ergebnisorientierung sind angezeigt und speziell in Deutschland könnte in diesem Themenzusammenhang die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgeschafft werden. Prävention und Gesundheitsförderung ließen sich ebenfalls gruppenspezifisch einsetzen. Beides führt zu mehr Mündigkeit und Eigenverantwortung. Mit dem Anspruch auf Grundversorgung muss auch die Pflicht zur individuellen Gesundheitserhaltung einhergehen.¹⁵

Zielsetzung einer zukünftigen Reformpolitik muss es sein, ein wachstumsorientiertes Gesundheitssystem zu unterstützen und entsprechend den Kriterien der Wirtschaftlichkeit die Ressourcen in den sozialen Bereichen einzusetzen. Die zahlreichen Reformen und Gesetze sowie die Zahl an Verordnungen zeigen, dass der Staat nicht untätig ist. Seine ständigen Eingriffe belegen allerdings zum einen die Überkomplexität dieses Zweiges der Sozialversicherung. Gleichzeitig bestätigen sie auch eindrucksvoll die These von der Interventionsspirale zu der die Eingriffe des Staates führen. „Ad hocery“ und die „Politik am runden Tisch“ treten immer mehr an die Stelle einer Gesamtsicht.¹⁶ Die Systemverantwortung geht verloren und damit auch der hier untersuchte Zusammenhang.

Aus ökonomischer Sicht sollten Gesundheitsausgaben so eingesetzt werden, dass mit ihnen ein möglichst hoher Ertrag erzielt wird.¹⁷ Dieses Ziel kann über die Indikatoren vermeidbarer Mortalität und Morbidität und Steigerung der Lebensqualität gruppenspezifisch konkretisiert werden. An einer Umsetzung wird im Zusammenhang mit den an Bedeutung gewinnenden Zielen einer Gesundheitspolitik intensiv gearbeitet.¹⁸

Letztlich geht es bei der Suche nach einer Antwort auf die Themenfrage aus ökonomischer Sicht um einen Ordnungsrahmen, um institutionelle Strukturen, um eine dauerhafte Finanzierung und um Anreize, die eine wirtschaftliche, präferenz- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung ermöglichen und nachhaltig sicherstellen – unabhängig vom Einkommen der Bürger. Damit Gesundheit nicht zunehmend ein Privileg der Reichen wird, sollte einer schleichenden Rationierung kein Vorschub geboten werden. Es gilt die Finanzierbarkeit der Sozialsysteme und anderer notwendiger Infrastrukturen zu gewährleisten, um die Unterschiede zwischen Arm und Reich zu verringern und damit eine gerechte und rationale Steuerung des Versorgungssystems zu ermöglichen.

Mehr Wirtschaftlichkeit in den sozialen Systemen kann durch marktwirtschaftliche Lösungsansätze bei einem klaren ordnungspolitischen Konzept erreicht werden. Die Gesellschaft bzw. die gewählten Vertreter müssen bereit sein,

- das Gesundheitswesen und das Humankapital als Teil der gesamten sozioökonomischen Entwicklung zu begreifen und zu fördern,
- Ressourcen entsprechend ihrer wirtschaftlichen Produktionskraft in den sozialen Bereichen bereitzustellen und
- notwendige Veränderungen in der Finanzierung und Leistungserbringung im bestehenden Gesundheitssystem einzuführen.

Literatur

- Abel-Smith, B. / Leiserson, A.*: Poverty, Development and Health Policy. World Health Organization, Geneva 1978.
- Bezirksamt Neukölln*: Kurzbericht zur sozialen Lage in Neukölln. Berlin 2002.
- Bundesministerium für Gesundheit* (Hrsg.): Zukunftsmarkt Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 145 (2002).
- Börsch-Supan, A.*: Die Produktivität des Gesundheitssystems. Was kann die Wissenschaft dazu beitragen, sie zu messen und zu verbessern? Vortragsmanuskript, Mainz 2004.
- Bundesministerium für Gesundheit*: Statistiken der Gesetzlichen Krankenversicherung (KM1, KM6, KJ1). 2003, abrufbar unter: www.bmgs.bund.de.
- Döring, D. / Hanesch, W. / Huster, U.*: Armut im Wohlstand. Frankfurt a.M. 1990.
- Elkeles, T. / Seifert, W.*: Migration und Gesundheit. Arbeitslosigkeits- und Gesundheitsrisiken ausländischer Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik Deutschland. In: Sozialer Fortschritt 42 (1993), S. 235–241.
- Farhauer, O.*: Qualifizierung, Betriebsspezifität und Arbeitslosigkeit. Wirkungen der Globalisierung, Neuen Ökonomie und Europäisierung auf den Faktor Arbeit. Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Bd. 12, Baden-Baden 2003.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.*: Gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. 2003.
- Grabka, M.M. / Andersen, H.H. / Henke, K.-D. / Borchardt, K.*: Kapitaldeckung für die GKV? Zur Berechnung der finanziellen Auswirkungen eines Umstiegs vom Umlage- auf das Kapitaldeckungsverfahren. In: Schmollers Jahrbuch 123, Heft 2, 2003, S. 265–283.
- Grönemeyer, D.*: Mensch bleiben – High Tech und Herz – eine liebevolle Medizin ist keine Utopie. 3. Auflage, Freiburg 2003.
- Henke, K.-D.*: Öffentliche Gesundheitsausgaben und Verteilung – Ein Beitrag zur Messung und Beeinflussung des gruppenspezi-

- fischen Versorgungsniveaus im Gesundheitswesen. Göttingen 1977.
- Henke, K.-D.: Bleibt unser Gesundheitswesen finanzierbar? Niedersächsischer Landtag, Heft 23 (1995).
- Henke, K.-D.: Die Bezahlbarkeit einer zukünftigen Finanzierung des Krankheitsrisikos mit Kapitalbildung – Zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Rürup, B. / Henke, K.-D.: *Alternde Gesellschaft – Lösungsansätze für die Probleme der Kranken- und Pflegeversicherung*. Verein zur Förderung der Versicherungswissenschaft, Berliner Reihe, Heft 21 (2002), S. 25–42.
- Henke, K.-D., Plädoyer für die Kopfprämie. In: *Universitas. Orientierung in der Wissenschaft*, Nummer 691 (2004), S. 23–29.
- Henke, K.-D.: *Ökonomie des Alterns*. Power-Point-Manuskript, Wien 2003.
- Henke, K.-D. / Borchardt, K.: Capital funding versus pay-as-you-go in health care financing reconsidered. In: *CESifo DICE Report – Journal for Institutional Comparisons* 3/2003.
- Henke, K.-D. / Mackenthun, B. / Schreyögg J.: *Gesundheitsmarkt Berlin. Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung*. Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Baden-Baden 2002.
- Herzog-Kommission: Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme. Berlin 2003.
- Institut für Weltwirtschaft: *Ressourcen und Ergebnisse der globalen Gesundheitsökonomie – Einführung und Überblick – von Michael Stolpe*, Manuskript (2003), S. 1–89.
- Klocke, A. / Hurrelmann, K.: Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 16 (4) (1995), S. 390–409.
- Laaser, U. / Gebhardt, K. / Brößkamp, U. (Hrsg.): *Armut und Gesundheit*. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften – *Journal of Public Health* 2 (1995), Beiheft.
- Marmot, M. G. / Wilkinson, R. G.: *Social determinants of health*. Oxford 1999.
- Marinker, M. (Hrsg.): *Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise*. London 2002.
- Mielck, A. (Hrsg.): *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland*. Opladen 1994.

- Nefiodow, Leo A.: *Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information*. 5. Auflage, Sankt Augustin 2001.
- Nullmeier, F.: Dauerreform ohne Reform. Paradoxien der Steuerungsstruktur des deutschen Gesundheitswesens. In: Lange, J. (Hrsg.): *Selbstverwaltung der Selbstbedienung? Die Zukunft des Gesundheitssystems zwischen Korporatismus, Wettbewerb und staatlicher Regulierung*. Loccumer Protokolle 24/03, Rehbürg-Loccum 2004.
- Robert Koch Institut: *Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13 (2003).
- Rosenbrock, R.: *Arbeitslosigkeit und Krankheit*. In: *Journal für Gesundheit der Plan- und Leitstelle Gesundheit Berlin-Hohenschönhausen*, II. Quartal 1997, S. 4–8.
- Rürup-Kommission: *Bericht der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme*. Berlin 2003.
- Rürup, B. / Henke, K.-D.: *Alternde Gesellschaft – Lösungsansätze für die Probleme der Kranken- und Pflegeversicherung*, Karlsruhe 2002.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: *Sondergutachten: Das Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche*, Band 2 (1997), Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: *Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren*. Jahresgutachten 2003/04. Wiesbaden 2004.
- Schirmmayer, F.: *Das Methusalem Komplott*. München 2004.
- Siebert, H.: Mehr Markt für mehr Wachstum. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, Nr. 20, 24.01.2004, S. 13.
- Tempel, G. / Witzko, K.-H.: *Soziale Polarisierung und Mortalitätsentwicklung. Erste Ergebnisse der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung des Landes Bremen*. In: Mielck, A. (Hrsg.): *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland*. Opladen 1994, S. 331–345.
- United Nations Development Programme: *Human Development Report*. <http://hdr.undp.org/reports/global/2003/> (03.03.04).
- Vaubel, J. W.: Deutschlands größte Herausforderung. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 8.04.2004, S. 41.

- Wilkinson, R. G. / Marmot, M. G.: Social determinants of health – The solid facts. WHO Europe, 1998.
- World Bank: Development Indicators. Washington, D.C., 2001, 2002.
- World Health Organization: Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. World Health Organization, Geneva 2001.
- World Health Organization: Declaration – 2nd Consultation on Macroeconomics and Health: Increasing Investments in Health Outcomes for the Poor. World Health Organization, Geneva 2003.

Anmerkungen

- ¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht 1994. Baden-Baden 1994, S. 49.
- ² Wilkinson, R. G. / Marmot, M. G.: Social determinants of health – The solid facts. WHO Europe, 1998. Ausführlicher: Marmot, M. G. / Wilkinson, R. G.: Social determinants of health. Oxford 1999.
- ³ Henke, K.-D.: Bleibt unser Gesundheitswesen finanzierbar? Niedersächsischer Landtag, Heft 23 (1995). Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Sondergutachten: Das Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche, Band 2 (1997), Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Nefiodow, Leo A.: Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. 5. Auflage, Sankt Augustin 2001. Henke, K.-D. / Mackenthun, B. / Schreyögg J.: Gesundheitsmarkt Berlin. Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung. Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Baden-Baden 2002. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Zukunftsmarkt Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 145 (2002). Grönemeyer, D.: Mensch bleiben – High Tech und Herz – eine liebevolle Medizin ist keine Utopie. 3. Auflage, Freiburg 2003.
- ⁴ Stellvertretend: Abel-Smith, B. / Leiserson, A.: Poverty, Development and Health Policy. World Health Organization, Geneva 1978. Döring, D. / Hanesch, W. / Huster, U.: Armut im Wohlstand, Frankfurt a.M. 1990. Elkeles, T. / Seifert, W.: Migration und Gesundheit. Arbeitslosigkeits- und Gesundheitsrisiken ausländischer Arbeitsmigranten in der Bundesrepublik Deutschland. In: Sozialer Fort-

- schrift 42 (1993), S. 235–241. Klocke, A. / Hurrelmann, K.: Armut und Gesundheit. Inwieweit sind Kinder und Jugendliche betroffen? In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 16 (4) (1995), S. 390–409. Laaser, U. / Gebhardt, K. / Brößkamp, U. (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften – Journal of Public Health 2 (1995), Beiheft. Mielck, A. (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozioepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen 1994.
- ⁵ United Nations Development Programme: Human Development Report. [http://hdr.undp.org/reports/global/2003/\(03.03.04\)](http://hdr.undp.org/reports/global/2003/(03.03.04)).
- ⁶ Tempel, G. / Witzko, K.-H.: Soziale Polarisierung und Mortalitätsentwicklung. Erste Ergebnisse der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung des Landes Bremen. In: Mielck, A. (Hrsg.), Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozioepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen 1994, S. 331–345.
- ⁷ Siehe hierzu im einzelnen: Henke, K.-D.: Öffentliche Gesundheitsausgaben und Verteilung – Ein Beitrag zur Messung und Beeinflussung des gruppenspezifischen Versorgungsniveaus im Gesundheitswesen. Göttingen 1977.
- ⁸ Robert Koch Institut: Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13 (2003). Rosenbrock, R.: Arbeitslosigkeit und Krankheit. In: Journal für Gesundheit der Plan- und Leitstelle Gesundheit Berlin-Hohenschönhausen, II. Quartal 1997, S. 4–8.
- ⁹ World Health Organization: Declaration – 2nd Consultation on Macroeconomics and Health: Increasing Investments in Health Outcomes for the Poor. World Health Organization, Geneva 2003. World Health Organization: Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. World Health Organization, Geneva 2001.
- ¹⁰ Ebd.
- ¹¹ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Zukunftsmarkt Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 145 (2002).
- ¹² Vaubel, J. W.: Deutschlands größte Herausforderung. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 8.04.2004, S. 41. Schirrmacher, F.: Das Methusalem Komplott. München 2004.
- ¹³ Farhauer, O.: Qualifizierung, Betriebsspezifität und Arbeits-

losigkeit. Wirkungen der Globalisierung, Neuen Ökonomie und Europäisierung auf den Faktor Arbeit. Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Bd. 12, Baden-Baden 2003.

¹⁴ *Wilkinson, R. G. / Marmot, M. G.:* Social determinants of health – The solid facts. WHO Europe, 1998. Ausführlicher: *Marmot, M. G. / Wilkinson, R. G.:* Social determinants of health. Oxford 1999.

¹⁵ Siehe im einzelnen: *Rürup, B. / Henke, K.-D.:* Alternde Gesellschaft – Lösungsansätze für die Probleme der Kranken- und Pflegeversicherung. Karlsruhe 2002.

¹⁶ *Siebert, H.:* Mehr Markt für mehr Wachstum. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 20, 24.01.2004, S. 13.

¹⁷ *Börsch-Supan, A.:* Die Produktivität des Gesundheitssystems. Was kann die Wissenschaft dazu beitragen, sie zu messen und zu verbessern? Vortragsmanuskript, Mainz 2004. *Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung:* Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren. Jahrgutachten 2003/04. Wiesbaden 2004. *Institut für Weltwirtschaft:* Ressourcen und Ergebnisse der globalen Gesundheitsökonomie – Einführung und Überblick – von Michael Stolpe, Manuskript (2003), S. 1–89.

¹⁸ Siehe z. B. *Marinker, M. (Hrsg.):* Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise. London 2002.

Zweiklassenmedizin als Ausweg aus der ökonomischen Misere?

Christian Weber

Einen Vertreter der privaten Krankenversicherung zur Zweiklassenmedizin zu Wort kommen zu lassen, ist nicht ganz unproblematisch. Damit ist automatisch die Frage der Trennlinie zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV), und ausdrücklich nicht die Frage der Trennlinie zwischen Solidargemeinschaft und Privat, angesprochen, sondern wir haben es mit der Trennlinie zwischen zwei unterschiedlichen Solidargemeinschaften zu tun.

Im Rahmen dieses Buches hat der Begriff Ethik einen hohen Stellenwert. Man wird deshalb auch die Frage der Zweiklassenmedizin unter dem Stichwort der Ethik beleuchten müssen. Es gilt in der gesundheitspolitischen Diskussion als ethisch korrekt, gegen die Zweiklassenmedizin einzutreten. Aber ist damit die Frage beantwortet, was Zweiklassenmedizin eigentlich ist? Eine genaue Analyse dürfte zu dem Ergebnis kommen, dass der Begriff Zweiklassenmedizin ebenso schillernd wie unscharf definiert ist wie der Begriff der Gesundheit selber.

Wenn Zweiklassenmedizin trotzdem unethisch ist, dann bleibt mit Bezug auf das Thema die Frage: Kann etwas Unethisches eigentlich ein Ausweg aus der ökonomischen Misere sein? Oder anders zusammengefasst: Ist Ökonomie unethisch? Man wird sich also letztlich der Frage anders nähern müssen.

Vorab sei betont, dass die PKV keine Institution ist, die