

Thomas Gerlinger
Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen:
Anmerkungen zum
Beitrag der Gesundheitspolitik

Diskussionspapier 2007 - 2

Institut für Medizinische Soziologie
Fachbereich Humanmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main
Dezember 2007

Institut für Medizinische Soziologie
Direktor: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Zentrum für Gesundheitswissenschaften
Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Telefon: (0 69) 63 01 – 76 10
Fax: (0 69) 63 01 – 66 21
Website: <http://www.kgu.de/zgw/medsoz>

ISSN 1861-5732

Zusammenfassung

Die Privatisierung von Krankheitskosten durch erhöhte Zuzahlungen, informelle Leistungsverweigerungen in der GKV sowie das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung bei einer wachsenden Kluft zwischen beiden Systemen haben die sozialen und die räumlich-zeitlichen Barrieren zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für sozial schwache Gruppen erhöht. Damit wächst die Gefahr, dass die Krankenversorgungspolitik zu einer eigenständigen Ursache für die Verstärkung und Aufrechterhaltung gesundheitlicher Ungleichheit wird. Gleichzeitig werden die Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung, durch verbesserte Prävention zu einer Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit beizutragen, nur unzureichend genutzt. So liegt die Teilnahmequote von Personen mit niedrigem Sozialstatus an zahlreichen Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung, insbesondere bei der Krebsvorsorge, nach wie vor deutlich unter dem Durchschnitt. Mit der Novellierung des § 20 SGB V im Jahr 2000 hat zwar auch die Verminderung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen Eingang in das Zielsystem der GKV gefunden. Allerdings geht dieses Ziel nur teilweise in die Präventionspraxis der Krankenkassen ein. Nach wie vor existieren zahlreiche Hürden bei der Implementierung von Maßnahmen der kontextgestützten Verhältnisprävention.

Abstract

In recent years, poorer people in Germany are facing new barriers to get access to health care, due to the raising of co-payments and the informal rationing of benefits. Moreover, the persisting segregation and widening gap between social and private health insurance is raising barriers towards the use of health services by the poor. Thus, health care policy is more likely to become a separate cause for maintaining and increasing health inequalities. At the same time, social health insurances do not adequately use existing opportunities to reduce health inequality by improving prevention strategies. Thus, participation rates of people of low socio-economic status in secondary prevention, especially cancer prevention, are mostly far below average. The goal of reducing the social inequality of health chances was included into the social health insurance code by the amendment of para 20 (non-medical primary prevention und health promotion) in 2000. But in practice, this goal has only in part been pursued by the social health insurance organisations. High barriers to implement structural changes in order to prevent illness do still continue to exist.

Inhalt

| | |
|---|----|
| 1. Einleitung | 7 |
| 2. Krankenversorgung..... | 8 |
| 2.1. Privatisierung von Krankheitskosten..... | 8 |
| 2.2. Leistungsverweigerungen | 12 |
| 2.3. Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung..... | 14 |
| 2.4. Bewertung des deutschen Gesundheitswesens durch die Versicherten..... | 18 |
| 3. Pflege..... | 19 |
| 4. Prävention und Gesundheitsförderung | 21 |
| 4.1. Sekundärprävention | 21 |
| 4.2. Primärprävention und Gesundheitsförderung zur Verminderung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen | 24 |
| 4.2.1 Das Ziel der Verminderung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen in der Präventionspraxis der Krankenkassen..... | 25 |
| 4.2.2 Implementationshindernisse | 27 |
| 5. Schlussfolgerungen..... | 33 |
| Literatur | 35 |

1. Einleitung

Es besteht ein weitgehender Konsens darüber, dass die soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen in Deutschland vor allem auf das Zusammenwirken von belastenden Lebensverhältnissen und Lebensweisen zurückzuführen ist (z.B. Mielck 2000, Lampert et al. 2005) und nur wenig mit sozialen Schranken beim Zugang zur medizinischen Versorgung zu tun hat. Denn der in den Nachkriegsjahrzehnten vollzogene Ausbau der sozialen Sicherungssysteme hat im Gesundheitswesen dazu geführt, dass nahezu die gesamte Bevölkerung einem recht umfassenden Krankenversicherungsschutz unterliegt. Zudem verfügt Deutschland über ein dichtes Netz gut ausgestatteter Einrichtungen der Krankenversorgung, so dass – so die Einschätzung – nicht nur unter sozialen, sondern auch unter räumlich-zeitlichen Gesichtspunkten im Großen und Ganzen ein guter Zugang zum Krankenversorgungssystem gewährleistet sei.

Allerdings hat sich die Ausrichtung der Gesundheitspolitik in Deutschland seit der Mitte der siebziger – und verstärkt seit der ersten Hälfte der neunziger – Jahre gravierend gewandelt. Das seitdem vordringliche Ziel der Gesundheitspolitik, die Kostendämpfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), versucht der Gesetzgeber u. a. durch die Einführung neuer und die Anhebung bereits bestehender Zuzahlungen für die Patientinnen und Patienten sowie durch die Einführung von Budgets und pauschalierten Vergütungsformen für die Leistungserbringer zu erreichen. Diese Maßnahmen verfolgen das Ziel, die individuellen Handlungsrationitäten aller Akteure bei der Erbringung und der Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen auf das Ziel der Ausgaben- und Mengengrenzung auszurichten. Zugleich vollzieht sich dieser Wandel in der GKV bei einer fortbestehenden Trennung des Versicherungssystems in eine gesetzliche und in eine private Krankenversicherung (PKV), zu der ausschließlich besser verdienende Arbeitnehmer, Beamte und Selbständige Zugang haben.

Allerdings geben die gravierenden Veränderungen in der Gesundheitspolitik und fortexistierende Strukturmängel im Gesundheitswesen (z.B. in der Pflege) Anlass zu der Frage, ob und inwiefern Gesundheitspolitik nicht im wachsenden Maße selbst daran beteiligt ist, die soziale Ungleichheit in Krankenversorgung und Pflege zu verstärken. Unter diesem Aspekt sollen im Folgenden einige Schlaglichter auf den Zusammenhang von Gesundheitspolitik und sozialer Ungleichheit geworfen werden. Dabei werden zunächst die Auswirkungen auf die Krankenversorgung und die Versorgung von Pflegebedürftigen beleuchtet. Anschließend wird nach dem Einfluss der Sekundärprävention sowie der Pri-

märprävention und Gesundheitsförderung auf die Verminderung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen gefragt.

2. Krankenversorgung

2.1. Privatisierung von Krankheitskosten

Die fortschreitende Privatisierung von Krankheitskosten wird nicht nur aus Sicht der „politischen Klasse“ begrüßt, die sie ja in ihrer Mehrheit vorangetrieben hat, sondern stößt auch in der Wissenschaft – insbesondere in der Gesundheitsökonomie – auf mancherlei Unterstützung. Für die wissenschaftliche Begründung einer direkten Kostenbeteiligung von Patienten ist die Annahme des moral-hazard-Effekts (moralische Gefahr) von zentraler Bedeutung (Breyer et al. 2005). Dahinter verbirgt sich die Überlegung, dass den Versicherten jeder Anreiz fehle, die Inanspruchnahme von Leistungen zu begrenzen, wenn diese – ob im Rahmen eines nationalen Gesundheitsdienstes oder einer sozialen Krankenversicherung – unentgeltlich angeboten werden. Eher sei das Gegenteil der Fall: Da der Versicherte sich nicht für oder gegen eine Versicherung entscheiden und nicht einmal die Höhe seines Versicherungsbeitrages individuell beeinflussen könne, habe er ein Interesse, die ihm entstandenen Kosten durch eine extensive Leistungsanspruchnahme wieder „hereinzuholen“.

Dieser Mechanismus führe in eine Rationalitätenfalle (Herder-Dorneich 1994): Was aus Sicht des einzelnen Versicherten rational sei, bringe für die Gesellschaft insgesamt eine unvermeidbare Kostenexpansion mit sich. Die moralische Gefahr besteht demzufolge darin, dass eine fehlende direkte Kostenbeteiligung für die Versicherten einen Anreiz schaffe, ihren individuellen Nutzen auf Kosten der Gesellschaft zu erhöhen. Diesen Überlegungen liegt offensichtlich die Annahme zu Grunde, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen preiselastisch ist, also mit steigender Kostenbelastung sinkt bzw. mit sinkender Belastung steigt. Aus dieser Perspektive werden Zuzahlungen aus zwei Gründen notwendig: Sie sollen die Versicherten veranlassen, zum einen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf das medizinisch notwendige Maß zu begrenzen und zum anderen durch gesundheitsgerechtes Verhalten die Wahrscheinlichkeit einer späteren Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversorgung zu senken.

Befürworter einer erhöhten direkten Kostenbeteiligung berufen sich gern auf die Ergebnisse des RAND Health Insurance-Experiments (Manning et al. 1987; Newhouse 1993). Dies ist die bis dato umfangreichste empirische Untersuchung über die Auswirkungen einer direkten Kostenbeteiligung auf das Inanspruchnahmeverhalten von Versicherten. In diesem Experiment, durchgeführt zwischen 1974 und 1982 in den USA, wurden ca. 6.000 Personen nach dem Zufallsprinzip Versicherungen mit unterschiedlichen Stufen der Kostenbeteiligung zugewiesen. Die Ergebnisse sind – zumindest auf den ersten Blick – durchaus bemerkenswert: Die Versicherten, die 95 Prozent der Behandlungskosten selbst zu tragen hatten, verursachten insgesamt um 28 Prozent geringere Behandlungsausgaben als die Versicherten ohne jede Zuzahlung; Personen mit einer 20prozentigen Kostenbeteiligung riefen immerhin noch um 18 Prozent geringere Ausgaben hervor. Dabei – so der Befund – wiesen die Personen ohne direkte Kostenbeteiligung einen nur leicht besseren Gesundheitszustand auf als diejenigen mit direkter Kostenbeteiligung. Demnach gilt die Preiselastizität der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen als hoch und sind – so die Schlussfolgerung – Zuzahlungen ein wirksames Instrument zur Begrenzung von Gesundheitsausgaben und zur Steigerung der gesellschaftlichen Wohlfahrt.

Die Erhöhung von Zuzahlungen und explizite Leistungsausgliederungen sind auch in der deutschen Gesundheitspolitik ein zentrales Instrument zur Kostendämpfung und haben insbesondere seit den 1990er Jahren zu einem erheblichen Anstieg des privaten Anteils an den Krankenbehandlungskosten geführt. Im Jahr 1991 belief sich das Zuzahlungsvolumen für GKV-Leistungen auf umgerechnet 3,3 Mrd. Euro – dies entsprach 4,4 % der GKV-Leistungsausgaben (Pfaff et al. 1994); ein gutes Jahrzehnt später, im Jahr 2002, waren es mit nunmehr 9,8 Mrd. Euro bereits 7,3 Prozent der Leistungsausgaben (Statistisches Bundesamt 2004). Mit dem 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG; hierzu: Rosenbrock/Gerlinger 2006), das die kräftige Anhebung bestehender und die Einführung neuer Zuzahlungen vorsah, dürfte sich diese Summe noch einmal deutlich erhöht haben (Pfaff et al. 2003). Allein die Zuzahlungen zu Arzneimitteln sind zwischen 2003 und 2005 von 1,77 auf knapp 2,25 Mrd. Euro, also um 27,1 Prozent, gestiegen (Nink/Schröder 2007: 218). In der Gesamtsumme der Zuzahlungen sind noch nicht die Ausgaben für die ausgegliederten Leistungen sowie die Ausgaben für den privaten Kauf von verweigerten Leistungen (siehe hierzu Abschnitt 2.2) eingerechnet.

Aus der Diskussion über die Steuerungswirkung von Zuzahlungen ist bekannt, dass sie erst dann eine Reduzierung der Leistungsanspruchnahme erzeugen, wenn sie auch

finanziell deutlich spürbar sind. Da die Spürbarkeit von Kosten mit sinkendem Einkommen steigt, treffen Zuzahlungen in erster Linie sozial schwache Bevölkerungsgruppen. Die beabsichtigte Steuerungswirkung steht also im Widerspruch zur Sozialverträglichkeit dieses Instruments. Dieser Mechanismus lässt sich auch recht gut am Beispiel der Praxisgebühr von 10 Euro je Quartal zeigen, die zum 1.1.2004 eingeführt wurde. Aussagekräftige Daten über die Auswirkungen der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme durch die Versicherten sind zwei repräsentativen Befragungen zu entnehmen: dem GKV-Monitor des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WidO), mit dem 3.000 GKV-Versicherten zu speziellen Themen befragt werden, und dem Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung, der zweimal jährlich Daten bei 12.000 Versicherten und 2.000 Ärzten erhebt. Dem GKV-Monitor des WidO zufolge hatten im 1. Quartal 2004 – also nach dem Inkrafttreten des GMG – 11,2 Prozent der Befragten wegen der Praxisgebühr auf einen Arztbesuch verzichtet oder ihn ins 2. Quartal verschoben. Dabei waren es unter den Befragten mit einem Haushaltseinkommen von 3.000 Euro und mehr „nur“ 8,2 Prozent, bei denen mit weniger als 1.000 Euro immerhin 19,2 Prozent und unter Arbeitslosen sogar 20,9 Prozent (Zok 2005). Die Ergebnisse des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung weisen in eine ähnliche Richtung (Gebhardt 2005). Ihm zufolge ist der Anteil derjenigen, die einen Arztbesuch aufgrund der Praxisgebühr vermeiden, in den untersten Einkommensgruppen (bis 999 €) und in den obersten Einkommensgruppen (3.000 € und mehr) am höchsten. Personen mit schlechtem Gesundheitszustand haben die Zahl ihrer Arztbesuche zwischen dem Frühjahr 2003 und dem Frühjahr 2005 am stärksten reduziert, nämlich von durchschnittlich 23 auf 16 Besuche, also beinahe um ein Drittel. Zwar zeigte sich in einer Wiederholungsbefragung partiell ein gewisser Rückgang des sozialen Gradienten, jedoch blieben deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von den Einkommensverhältnissen und vom Gesundheitszustand bei der Inanspruchnahme bestehen (Gebhardt 2005: 23ff.).

Allerdings ist die Datenlage nicht frei von Widersprüchen. So ergab eine Wiederholungsbefragung durch das WidO im Frühjahr 2005 eine weitgehende Einebnung dieser Unterschiede. Demzufolge pendelte der Anteil derer, die wegen der Praxisgebühr auf einen Arztbesuch verzichteten oder ihn aufschoben, in allen Einkommensgruppen um 10 Prozent und war in der Gruppe mit einem Haushaltseinkommen unter 1.000 Euro mit 8,2 Prozent sogar am niedrigsten. Auch eine Analyse von Daten des Sozio-ökonomischen Panels (Grabka et al. 2005) verneint einen überproportional häufigen Verzicht sozial schwächerer Gruppen auf einen Arztbesuch. Sie geht zudem davon aus, dass die Einführung der Praxisgebühr nicht zu einem Verzicht auf medizinisch notwendige Arztbesuche

geführt hat. Allerdings scheint diese weit reichende Schlussfolgerung durch die Daten nicht gedeckt (Holst 2005) und steht die Aussage, dass Zuzahlungen nicht zu einem überproportionalen Rückgang der Arztbesuche unterer Sozialschichten führt, im Widerspruch zu internationalen Befunden (Holst 2004).

Der Verzicht auf einen Arztbesuch mag in vielen Fällen keine negativen Folgen auf die Gesundheit haben, kann aber auch zur Verschleppung bzw. Chronifizierung von Krankheiten führen. Gerade bei den Patienten mit einem schlechten Gesundheitszustand ist die Gefahr groß, dass sie auch dann auf einen Arztbesuch verzichten, wenn dieser medizinisch geboten ist. So hat die RAND-Studie verdeutlicht, dass die Patienten, deren Leistungsanspruchnahme aufgrund steigender Zuzahlungen zurückgeht, nicht nur auf unwirksame, sondern gleichermaßen auf wirksame Leistungen verzichten (Manning et al. 1987).

Gesetzliche Sozial- und Überforderungsklauseln in der GKV begrenzen zwar in gewissem Maße die Höhe der individuellen Zuzahlungen. So beläuft sich der Höchstbetrag für Zuzahlungen auf zwei Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (§ 62 SGB V). Chronisch Kranke zahlen lediglich bis zu einem Prozent zu, wenn sie vor ihrer Erkrankung an angebotenen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen haben und sich therapiegerecht verhalten. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sind von Zuzahlungen, sieht man einmal vom Zahnersatz ab, vollständig befreit. Allerdings wurde mit dem GMG zum 1.1.2004 die zuvor geltende vollständige Zuzahlungsbefreiung für sozial Schwache aufgehoben, also für solche Personen, die eine bestimmte Bruttoeinkommensgrenze unterschritten oder die Empfänger bestimmter staatlicher Fürsorgeleistungen waren. Zuzahlungen in Höhe von maximal zwei Prozent stellen optisch zwar eine niedrige Schwelle dar, jedoch liegt der betreffende Anteil am frei verfügbaren Einkommen erheblich höher, erst recht dann, wenn dieses gering ausfällt. Zudem hat der Versicherte das Erreichen der Belastungsgrenze gegenüber seiner Krankenkasse durch das Einreichen der Zahlungsbelege nachzuweisen und die Zuzahlungsbefreiung zu beantragen. Auch dies stellt für viele Betroffene eine nicht zu unterschätzende Hürde dar.

Des Weiteren wird die Privatisierung von Krankheitsrisiken noch durch eine andere Entwicklung verstärkt, nämlich durch die Verbreitung so genannter „Wahltarife“ mit Selbstbehalt bzw. Beitragsrückerstattung (§ 53 SGB V). Bei Selbstbehalttarifen erklären sich Versicherte bereit, bis zu einem bestimmten Betrag die in einem Kalenderjahr entstehenden Behandlungskosten vollständig selbst zu tragen. Als Gegenleistung erhalten sie eine Prämie von ihrer Krankenversicherung, zumeist in Form einer Reduzierung ihres Kran-

kenversicherungsbeitrags. Bei Beitragsrückerstattungsmodellen wird den Versicherten ein Teil ihres Krankenversicherungsbeitrags erstattet, wenn sie im vorangegangenen Jahr keine Leistungen in Anspruch genommen haben oder die Inanspruchnahme ein bestimmtes Maß nicht überschritten hat. Die Krankenkassen können seit dem 1.4.2007 derartige Modelle allen Versicherten anbieten; bisher war ihnen dies nur für freiwillig Versicherte gestattet, denen man auf diese Weise einen Anreiz zum Verbleib in der GKV geben wollte.

Die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Selbstbehalttarifen und Beitragsrückerstattungsmodellen für alle GKV-Versicherten stellen einen tief greifenden Einschnitt in das Solidarprinzip dar. Mit ihnen halten Prinzipien der privaten Krankenversicherung Einzug in die GKV. Sie sind insbesondere für junge und gesunde Versicherte finanziell interessant, die davon ausgehen können, dass ihr Beitragsnachlass höher ausfällt als der tatsächlich zu zahlende Selbstbehalt. Auf diese Weise werden dem Solidarsystem Mittel entzogen, die durch die Gemeinschaft aller Versicherten einer Krankenkasse aufgebracht werden müssen. Zwar berühren diese Modelle nicht unmittelbar die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen; sehr wohl aber werden Personen mit erhöhtem Behandlungsbedarf – und damit vor allem sozial Schwache – durch sie finanziell stärker belastet, weil sie eben die Mindereinnahmen im Rahmen der Solidargemeinschaft gegenfinanzieren müssen, ohne individuell von den Wahlmodellen zu profitieren. Die solidarische Umverteilung von Lasten zwischen gesunden und kranken Versicherten im GKV-System wird durch diese tarifliche Gestaltungsoption eingeschränkt und die Entsolidarisierung unter den GKV-Versicherten vorangetrieben.

2.2. Leistungsverweigerungen

Kostendämpfungsmaßnahmen in der deutschen Gesundheitspolitik setzen nicht nur an der Nachfrageseite, sondern auch an der Angebotsseite an. In diesem Zusammenhang wurden seit der ersten Hälfte der 1990er Jahre zunehmend solche Vergütungsformen im Gesundheitswesen eingeführt, die bei den Ärzten und Krankenhäusern finanzielle Anreize zur Leistungsbegrenzung, wenn nicht Leistungsminimierung setzen. Die wichtigsten Instrumente sind Budgets und Pauschalen. Budgets definieren eine Ausgabenobergrenze (je Arzt bzw. je Krankenhaus oder auch für die jeweiligen Sektoren insgesamt) für die von den Kassen finanzierte Leistungsmenge; sie schaffen den Anreiz, die Leistungsmenge nicht über diese Grenze hinaus auszuweiten, weil weitere Leistungen nicht vergütet werden. Pauschalentgelte sind prospektiv vereinbarte Vergütungssätze für einen bestimmten

Behandlungsfall; sie schaffen den Anreiz, den Aufwand je Behandlungsfall zu minimieren, weil sich der Gewinn des Leistungserbringers aus der Differenz von prospektiver Vergütung und Behandlungskosten ergibt.

Die Einführung derartiger Instrumente beruht auf der Erfahrung, dass Ärzte ohne feste Ausgabengrenzen dazu neigen, Diagnostik und Therapie unbegründet auszuweiten. Insofern gibt es zu ihnen wohl keine Alternative. Allerdings besteht das grundsätzliche Problem dieser Vergütungsformen darin, dass ihr Volumen nicht an einem zu ermittelnden gesundheitlichen Versorgungsbedarf, sondern an der Beitragssatzstabilität, also einer volkswirtschaftlichen Bestimmungsgröße ausgerichtet ist. Außerdem wirken sie gleichsam als Heckenschnitt und sind nicht mit adäquaten Instrumenten der Feinsteuerung kombiniert. Daher können sie – selbst wenn das Gesamtvolumen für eine notwendige Versorgung ausreichen mag – auch nicht gewährleisten, dass zielgenau die überflüssigen Leistungen erschlossen werden. Ebenso wenig wie Patienten mit hohen Zuzahlungen verzichten auch Ärzte, deren monetäres Interesse auf eine Mengenbegrenzung gerichtet ist, nicht nur auf solche Leistungen, die mit guten Gründen als überflüssig gelten können.

Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass der Einsatz dieser Instrumente zu Leistungsverweigerungen im Versorgungsalltag führt. So gaben bei einer Befragung von Versicherten einer großen Ersatzkasse 27,4 Prozent der antwortenden Befragten an, dass ihnen im vorausgegangenen Quartal in der ambulanten Behandlung eine Leistung vorenthalten worden sei. Bei mehr als der Hälfte von ihnen geschah dies unter ausdrücklichem Hinweis auf vorhandene Budgetgrenzen. Durch Kombination mit den Krankendaten kam der Autor zu dem Schluss, dass bei zehn Prozent dieser Vorgänge sicher davon auszugehen ist, dass die vorenthaltenen Leistungen medizinisch notwendig waren, vermutlich aber war der Anteil noch viel höher (Braun 2000). Auch andere Untersuchungen stützen diese Befunde. Laut einer Infratest-Erhebung machten 35 Prozent der Befragten Erfahrungen mit Leistungsverweigerungen oder -einschränkungen (Continental 2006: 32f.); dem Allensbacher Institut für Demoskopie zufolge mussten 24 Prozent der Gesamtbevölkerung bereits erleben, dass ihnen wegen überschrittener Budgets ein Medikament oder eine Behandlung verweigert wurde (Köcher 2002). Die Verweigerung von Leistungen ist vor allem bei Arzneimittelverordnungen zu beobachten, aber auch bei von Ärzten selbst durchgeführten Behandlungen (z. B. Braun 2004). In der stationären Versorgung führten die neuen Pauschalentgelte zu einer verstärkten Ausrichtung von Ärzten und Krankenhausleitungen an ökonomischen Nutzenerwägungen. Dies äußert sich u. a. in der frühzeitigen Entlassung von Patienten, in der Weigerung, Patienten aufzunehmen, und in der Verschie-

bung von Operationen (Simon 2001).¹ Es ist vor allem die Verknüpfung von ärztlichem Definitionsmonopol und Informationsasymmetrie in der Arzt-Patient-Beziehung, die es den Ärzten erleichtert, derartige Leistungsverweigerungen durchzusetzen, denn unter diesen Bedingungen ist die Vorenthaltung von Leistungen vergleichsweise leicht zu begründen, ja bisweilen als solche gar nicht zu erkennen.

Da diese Vergütungsformen in der ambulanten Versorgung nur für den Bereich der GKV, nicht aber für die PKV gelten, betreffen etwaige Leistungsverweigerungen auch nur gesetzlich Krankenversicherte. Insofern verstärkt die Existenz solcher Instrumente die soziale Ungleichheit zwischen beiden Gruppen in der gesundheitlichen Versorgung. Unklar ist allerdings, ob innerhalb der GKV Personen mit geringem Einkommen stärker von derartigen Leistungsverweigerungen betroffen sind. Zwar ist die Annahme plausibel, dass im Versorgungsalltag Leistungen vor allem sozial Schwachen und Personen mit geringem Bildungsniveau vorenthalten werden, weil sie in der Regel über geringere Ressourcen verfügen, um ihre Bedürfnisse in den Institutionen des Gesundheitswesens wirkungsvoll zu artikulieren und durchzusetzen. Aber für eine Verifizierung dieser Vermutung fehlt es an validen Daten.

2.3. Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung

Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung berührt in unterschiedlicher Hinsicht die Gleichheit in der medizinischen Versorgung. *Erstens* betrifft sie den Umfang der Leistungsgewährung. Dieser ist in der privaten Krankenversicherung zumeist großzügiger als in der gesetzlichen Krankenversicherung. Formelle Leistungsausschlüsse, aber auch informelle Leistungsverweigerungen infolge von Budgets und Pauschalvergütungen haben die Unterschiede zwischen GKV und PKV in den letzten Jahren größer werden lassen. Jedoch muss dies nicht in jedem Fall gleichbedeutend sein mit einer qualitativ schlechteren Versorgung von GKV-Patienten. Denn in der großzügigeren Leistungsgewährung für privat Krankenversicherte mögen sich auch solche Interventionen verbergen, für die keine medizinische Notwendigkeit vorliegt – zumal Ärztinnen und Ärzte aufgrund der in der PKV ungedeckelten Einzelleistungsvergütung ein großes Interesse an einer Mengenexpansion haben. Zudem ist mit Blick auf die GKV-Versicherten

¹ Dabei weist der Autor darauf hin, dass es sich bei dieser Untersuchung um eine qualitative, nicht um eine quantitative Studie handelt. Aussagen über die Verbreitung derartiger Verhaltensweisen ließen sich demzufolge nicht treffen, jedoch hätten die durchgeführten Interviews den Eindruck vermittelt, dass es sich nicht um ein vernachlässigenswertes Problem handele.

festzuhalten, dass das Krankenversicherungsrecht einen Anspruch auf die Versorgung mit allen medizinischen Leistungen gewährt, die nach dem Stand der medizinischen Kenntnisse für die Behandlung der jeweiligen Krankheit notwendig sind (§§ 1, 2 Abs. 1, 12 Abs. 1, 70 u. 72 SGB V). Begründete Zweifel, ob der Anspruch von GKV-Patienten auf alles medizinisch Notwendige auch im Versorgungsalltag eingelöst wird, richten sich auf zwei Aspekte:

- Zum einen lässt sich in Zweifel ziehen, ob der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), der für die Bewertung des therapeutischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit medizinischer Interventionen und damit für die Definition des GKV-Leistungskatalogs zuständig ist, tatsächlich immer nur solche Leistungen aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen ausschließt, die medizinisch nicht notwendig sind. Denn die Beschlüsse des GBA richten sich nicht allein nach dem medizinischen Wissen, das zudem in vielen Fällen so eindeutig nicht ist; vielmehr fließen in diese Entscheidungen häufig einschlägige Interessen der beteiligten Leistungsanbieter und Kostenträger sowie die existierenden Budgetzwänge ein (Urban 2003). Entscheidungen des GBA zur Erstattungsfähigkeit von Leistungen zu Lasten der GKV sind also immer auch Ergebnis von Aushandlungsprozessen.
- Zum anderen werfen die erwähnten finanziellen Leistungsanreize für die Leistungsanbieter die Frage auf, ob nicht in manchen Fällen den Patientinnen und Patienten in der GKV auch Notwendiges vorenthalten wird, selbst wenn sie auf solche Leistungen einen Rechtsanspruch haben (s.o.).

Das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung berührt nicht nur den Leistungsumfang für die jeweiligen Versichertengruppen, sondern *zweitens* auch die räumliche und zeitliche Verfügbarkeit gesundheitlicher Versorgung. Hierbei sind insbesondere die Entwicklungen in der ambulanten medizinischen Versorgung von Bedeutung, zumal auf diesem Wege in den meisten Fällen die Erstversorgung von Patientinnen und Patienten erfolgt. Bedeutsam für das Versorgungsangebot sind vor allem die Unterschiede in der ärztlichen Vergütung zwischen PKV und GKV. In der ambulanten privatärztlichen Versorgung werden die Leistungen von Ärztinnen und Ärzten mit festen Euro-Beträgen vergütet, die zudem mit einem Multiplikationsfaktor versehen werden können; in der vertragsärztlichen Versorgung unterliegt die ärztliche Vergütung hingegen restriktiven Budgets und Mengenbegrenzungsregelungen. Im Ergebnis liegen die Vergütungen für identische Leistungen in der privatärztlichen Versorgung erheblich über den Vergütungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Dementsprechend groß ist die Bedeutung von Pri-

vatpatienten für die Einnahmen niedergelassener Ärzte. Im Jahr 2003 belief sich der durchschnittliche Anteil der Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit an den gesamten Einnahmen niedergelassener Ärzte auf 22,2 Prozent (Statistisches Bundesamt 2006a: 15), obwohl Privatversicherte nur gut 10 Prozent der Bevölkerung ausmachen. Bei einzelnen Facharztgruppen war der entsprechende Anteil noch deutlich höher: Hautärzte erzielten aus privatärztlicher Tätigkeit 37,3 Prozent ihrer Einnahmen, Frauenärzte 34,3 Prozent und Orthopäden 33,8 Prozent (ebda.: 16ff.). Dabei ist der durchschnittliche Anteil der Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit seit den siebziger Jahren erheblich gestiegen: 1979 betrug er lediglich 13,1 Prozent (Gerlinger/Deppe 1994: 41).

Ärzte reagieren auf diese Vergütungsanreize auf zweierlei Weise. Zum einen bevorzugen sie Privatpatienten bei der Vergabe von Behandlungsterminen. So ergab eine 2006 vom WidO durchgeführte repräsentative Befragung von GKV- und PKV-Versicherten, dass jeder vierte GKV-Patient (25,3 Prozent) trotz akuter Beschwerden zwei Wochen oder länger auf einen Arzttermin warten musste, unter den PKV-Patienten waren es nur 7,8 Prozent (Zok 2007a: 4). 45,1 Prozent der Privatpatienten bekamen innerhalb eines Tages einen Termin, bei den Kassenpatienten traf dies nur auf 31,9 Prozent zu (ebda.). Dabei bewertete rund ein Drittel der gesetzlich versicherten Patienten die Wartezeit auf den letzten Arzttermin als zu lang (ebda.: 6). Darüber hinaus müssen Kassenpatienten auch in der Arztpraxis selbst deutlich längere Wartezeiten in Kauf nehmen als Privatpatienten, während Privatpatienten in aller Regel am Wartezimmer vorbei direkt ins Behandlungszimmer geleitet werden.

Zum anderen ist eine verstärkte Neigung von Ärzten festzustellen, sich in Versorgungsgebieten mit einem hohen Anteil von Privatpatienten niederzulassen. Dies führt zu einer Konzentration von Ärzten in städtischen Ballungsgebieten und zu einer Vernachlässigung ländlicher Räume, da der Anteil von Privatpatienten in den Städten höher ist als auf dem Land. So ergab die erwähnte WidO-Untersuchung denn auch, dass die Wartezeiten auf einen Arzttermin in städtischen Ballungszentren deutlich kürzer sind und von diesen kürzeren Wartezeiten wiederum Privatpatienten besonders profitieren. Traditionell ist die Arztdichte im ländlichen Raum ohnehin niedriger. Seit geraumer Zeit aber wachsen die Diskrepanzen zwischen Stadt und Land, und mittlerweile macht sich in einigen Regionen Ostdeutschlands bereits ein Ärztemangel, gerade in der hausärztlichen Versorgung, bemerkbar (z.B. Segert/Zierke 2005). Innerhalb der Ballungszentren selbst existiert ebenfalls ein starkes Gefälle in der Arztdichte zwischen wohlhabenden und ärmeren Vierteln. Das Ausmaß der innerstädtischen Segregation medizinischer Versorgung lässt sich am Bei-

spiel Hamburgs illustrieren (Tabelle 1). Ähnliche Diskrepanzen lassen sich auch in anderen deutschen Großstädten feststellen.

Tabelle 1: Arztdichte und Anteil von Hartz IV-Empfängern in Hamburger Stadtteilen im Jahr 2006

| Stadtteil ¹ | Anteil von Hartz IV-Empfängern | niedergelassene Ärzte je 1000 Einwohner |
|------------------------|--------------------------------|---|
| Wilhelmsburg | 25,5 | 1,06 |
| Jenfeld | 24,3 | 1,31 |
| Billstedt | 24,0 | 1,22 |
| Duisberg | 22,2 | 1,31 |
| | | |
| Othmarschen | 1,2 | 2,29 |
| Groß Flottbek | 1,4 | 4,99 |
| Blankenese | 1,7 | 5,61 |
| Sasel | 1,9 | 1,57 |
| | | |
| Hamburg insgesamt | 11,9 | 2,23 |

1 Berücksichtigt wurden jeweils die vier Hamburger Stadtteile (mehr als 10.000 Einwohner) mit dem höchsten und dem geringsten Anteil von Hartz IV-Empfängern

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig Holstein (2006); eigene Zusammenstellung.

Drittens hat das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung im Zusammenwirken mit dem bisherigen Fehlen einer Versicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger zu einer wachsenden Zahl von Nichtkrankenversicherten geführt. Politische Entscheidungen zur Änderung des Krankenversicherungsrechts haben zu dieser Entwicklung beigetragen, so u.a. die Abschaffung der Versicherungspflicht für die „kleinen Selbständigen“. Die Zahl der Nichtversicherten ist, dem Mikrozensus zu Folge, allein zwischen 1995 und 2003 von 105.000 auf 188.000 gestiegen. Überrepräsentierte Gruppen unter den Nichtversicherten sind Personen mit einem Haushaltsnettoeinkommen unter 1.100 Euro monatlich, geschiedene Personen sowie Migrantinnen und Migranten (Greß et al. 2005). Angesichts der Einführung von Hartz IV gehen Wohlfahrtsverbände davon aus, dass die Zahl der Nicht-Versicherten mittlerweile auf 250.000 bis 300.000 gestiegen sein dürfte. Allerdings sollte dieses Problem mit dem Wirksamwerden der Gesundheitsreform

2007 an Brisanz verlieren, denn diese sieht spätestens mit Wirkung vom 1. Januar 2009 die Einführung einer generellen Versicherungspflicht vor. Zudem erhalten bereits im Jahr 2007 alle Nicht-Versicherten ein Rückkehrrecht in das System – also GKV oder PKV –, in dem sie zuletzt krankenversichert waren. Es ist davon auszugehen, dass sich infolgedessen die Zahl der Personen ohne Krankenversicherungsschutz deutlich verringern wird.

2.4. Bewertung des deutschen Gesundheitswesens durch die Versicherten

Bis in die jüngere Vergangenheit erreichte das deutsche Krankenversicherungs- und Krankenversorgungssystem hohe Zufriedenheitswerte (z.B. Aust 1994, Andreß 2001) – auch im Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen (Wendt 2003). Jedoch zeigen Erhebungen der vergangenen Jahre deutlich, dass diese Einstellung bröckelt und die Versicherten eine verstärkte Ungleichheit in der medizinischen Versorgung wahrnehmen (z. B. Zok 2003). Der GKV-Monitor des WidO ergab, dass nur 52 Prozent der befragten GKV-Versicherten der Aussage zustimmten, dass das deutsche Gesundheitswesen eine hochwertige Versorgung biete („trifft eher zu“ und „trifft voll und ganz zu“). Nahezu ein Drittel der Befragten zeigte sich unsicher, und jeder sechste wies diese Aussage zurück (ebda.). In anderen Befragungen fällt die Zufriedenheit noch deutlich niedriger aus. Bemerkenswert ist, dass dem GKV-Monitor zu Folge die Ablehnung dieser Aussage besonders häufig bei älteren Versicherten (über 60 Jahre) auftritt sowie bei Versicherten, die über ein Haushaltsnettoeinkommen von weniger als 800 Euro verfügen und die ihren Gesundheitszustand als „nicht gut“ einschätzten (ebda.: 22).

Von einer Mehrzahl der Versicherten erhält das Versorgungssystem insbesondere dann schlechte Noten, wenn nach der Gleichwertigkeit der Versorgung gefragt wird. Nur knapp 30 Prozent der Befragten des GKV-Monitors stimmten „eher“ oder „voll und ganz“ der Aussage zu, dass das deutsche Gesundheitssystem jedem Versicherten ein hohes Qualitätsniveau an Leistungen biete; ein ebenso großer Teil wies diese Aussage zurück, und mehr als 40 Prozent zeigten sich unsicher (Zok 2003: 25). GKV-Versicherte zeigten sich mit der Qualität der gesundheitlichen Versorgung deutlich unzufriedener als PKV-Patienten (z.B. Mielck/Helmert 2006). Andere Erhebungen bekräftigen diese Einschätzung. Laut einer Befragung des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA 2002) sind 69 Prozent der Befragten der Meinung, dass es in Deutschland eine Zweiklassen-Medizin gibt. Der GKV-Monitor 2002 ergab, dass rund 40 Prozent der befragten GKV-Versicherten in den vorangegangenen fünf Jahren eine Verschlechterung ihres Krankenversicherungsschutzes wahrgenommen haben (Zok 2003: 26) – und dies, obwohl

zwischen dem Inkrafttreten des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes 1997 und dem Zeitpunkt der Befragung keine gesetzlichen Kürzungen im Leistungsrecht vorgenommen worden waren.

3. Pflege

Ähnliche, zum Teil noch deutlich stärkere Tendenzen als bei der Krankenbehandlung zeigen sich im Fall der Pflegebedürftigkeit. Hier erweist sich vor allem der Geburtsfehler der Pflegeversicherung – ihre Konzipierung als eine nicht bedarfsdeckende Grundsicherung – als ein Bestimmungsfaktor, der bei einem Risikoeintritt die soziale Ungleichheit verstärkt. Da die Pflegeversicherung nur einen Teil der durch die Pflegebedürftigkeit entstehenden Aufwendungen erstattet, müssen im Pflegefall, sofern es zur professionellen Hilfe keine Alternative gibt, Familieneinkommen bzw. -vermögen zu deren Finanzierung herangezogen werden. Dieser Rückgriff trifft ceteris paribus Personen mit geringem Haushaltseinkommen härter als Personen mit hohen Einkünften.

Dabei hat die Pflegeversicherung ihren Anspruch, die Abhängigkeit der Betroffenen von der Sozialhilfe („Hilfe zur Pflege“) zu verringern, bisher nur teilweise erfüllt. Zwar ist die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege zwischen 1994 und 2004 um ein gutes Drittel reduziert worden (Tabelle 2). Aber im Jahre 2004 waren damit immer noch insgesamt knapp 330.000 Personen – und dies bei in den letzten Jahren wieder steigender Tendenz – auf Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe angewiesen. Nach wie vor kann also ein Teil der Pflegebedürftigen die finanziellen Lasten nicht aus eigener Kraft bewältigen und ist auf eine vollständige oder teilweise Finanzierung von Pflegeleistungen durch die Sozialhilfe angewiesen. Die erneut wachsende Abhängigkeit von der Sozialhilfe geht zum einen zurück auf die stärkere Verbreitung von Armut in der Gesellschaft, zum anderen auf den erheblichen Kaufkraftverlust der seit 1995 nominal eingefrorenen Leistungen der Pflegeversicherung.

Tabelle 2: Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege 1995 bis 2004

| | Außerhalb von Einrichtungen | In Einrichtungen | Insgesamt |
|------|-----------------------------|------------------|-----------|
| 1995 | 213.936 | 364.773 | 578.709 |
| 1996 | 94.537 | 332.823 | 427.360 |

| | | | |
|------|--------|---------|---------|
| 1997 | 87.539 | 241.586 | 329.125 |
| 1998 | 85.387 | 204.882 | 290.269 |
| 1999 | 81.941 | 228.886 | 310.827 |
| 2000 | 79.558 | 245.680 | 325.238 |
| 2001 | 83.277 | 249.462 | 332.739 |
| 2002 | 85.779 | 228.789 | 314.568 |
| 2003 | 86.625 | 237.647 | 324.272 |
| 2004 | 88.805 | 241.169 | 329.974 |

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006b, Tabelle A6.

Die finanziellen Lasten der Pflege treffen wiederum Versicherte der gesetzlichen Pflegekassen deutlich stärker als Versicherte privater Pflegekassen, denn die Pflegebedürftigkeit tritt bei ihnen weit früher auf als in der PKV. Gesetzlich Pflegeversicherte stellen ihren Erstantrag auf Gewährung von Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt immerhin in einem deutlich jüngeren Lebensalter als privat Pflegeversicherte (Yalinkilic 2005). Dies ist zugleich ein deutlicher Hinweis auf die Potenziale zur Prävention von Pflegebedürftigkeit.

Darüber hinaus können auch Probleme auch aus der von der Pflegeversicherung gebotenen Möglichkeit für individuelle Pflegearrangements erwachsen (Dammert 2007). Die Wahlmöglichkeit zwischen der Pflegesachleistung und dem Pflegegeld bzw. der Kombination beider Optionen gestattet auf der einen Seite eine Anpassung an individuelle Lebenssituationen und Bedürfnisse sowohl der Pflegebedürftigen selbst als auch ihrer Angehörigen. Auf der anderen Seite wird die Entscheidung für oder gegen das Selberpflegen gerade bei sozial Schwächeren stark von finanziellen Motiven beeinflusst, auch wenn daneben häufig auch noch andere Faktoren eine Rolle spielen (Blinkert/Klie 2004). Dies ist gerade dann der Fall, wenn die Kosten einer professionellen Pflege, insbesondere einer stationären Pflege, die betreffenden Familien zu überfordern drohen. Zudem beziehen die Angehörigen das Pflegegeld, wenn sie sich zum Selberpflegen entscheiden. Diese Faktoren tragen maßgeblich dazu bei, dass die Pflegebereitschaft bei Personen mit einem niedrigen Sozialstatus weit höher ausfällt als bei Personen mit einem hohen Sozialstatus (z.B. Blinkert/Klie 2004) und bei ihnen auch der wöchentliche Zeitaufwand für die Pflege deutlich erhöht ist.

Ungeachtet der Frage, wie man zur Entscheidung für oder gegen professionelle Pflege aus normativer Perspektive stehen mag: Wenn eine solche Entscheidung durch finanzielle Zwänge beeinflusst wird, stellt sie für die Betroffenen, also die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, eine Einschränkung von Handlungsoptionen dar. Diese Einschränkung betrifft vor allem Familien mit geringeren und mittleren Einkommen. Zudem mögen die vor

dem Hintergrund finanzieller Handlungszwänge getroffenen Entscheidungen für das Pflegegeld und damit das Selberpflegen auch nicht immer im gesundheitlichen Interesse der Pflegebedürftigen liegen.

Schließlich ist auch davon auszugehen, dass in der Pflege in ähnlicher Weise wie in der Krankenversorgung die Gewinnorientierung von Pflegeeinrichtungen bei gleichzeitig wachsendem ökonomischem Druck diese dazu veranlassen kann, notwendige Leistungen zu unterlassen oder in minderer Qualität zu erbringen. Auch hier gibt die vergleichsweise geringe Artikulations- und Durchsetzungsfähigkeit von Angehörigen sozial benachteiligter Gruppen Anlass zu der Befürchtung, dass diese bevorzugte Adressaten von Rationierungsbestrebungen durch Leistungserbringer sind. Ob und inwiefern Rationierung in der Pflege sozial selektiv erfolgt, ist ebenso wie in der Krankenversorgung aber noch nicht hinreichend untersucht.

4. Prävention und Gesundheitsförderung

4.1. Sekundärprävention

Seit Beginn der 1970er Jahre zählen Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Seitdem ist das Spektrum derartiger Untersuchungen in mehreren Schritten erweitert worden (§§ 25 und 26 SGB V). Der im Jahr 2007 erreichte Umfang der einschlägigen Leistungsansprüche geht aus Tabelle 3 hervor.

Tabelle 3: Der Anspruch auf Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2007)

| Art der Untersuchung | Leistungsberechtigte |
|---|---|
| Früherkennung von Erkrankungen und Entwicklungsstörungen bei Kindern (U1 bis U9) | Kinder bis zum 6. Lebensjahr |
| Früherkennung von Erkrankungen und Entwicklungsstörungen bei älteren Kindern/Jugendlichen (J1) | Kinder bzw. Jugendliche zwischen dem 11. und 15. Lebensjahr |
| Ärztliche Gesundheitsuntersuchung, insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie Diabetes mellitus („Gesundheits-Check-Up“) | Erwachsene ab 35 Jahre (alle 2 Jahre) |
| Untersuchung der Genitalorgane | Frauen ab 20 Jahre |
| Untersuchung von Brust- und Haut | Frauen ab 30 Jahre |
| Untersuchung der Brust (Mammographie) | Frauen zwischen 50 und 69 Jahren |
| Untersuchung des End- und des Dickdarms | Frauen ab 50 Jahre |
| Untersuchung der Prostata, der äußeren Genitalorgane und der Haut | Männer ab 45 Jahre |
| Untersuchung des End- und des Dickdarms | Männer ab 50 Jahre |

Quelle: Eigene Darstellung

Ungeachtet der ihnen inhärenten Probleme (hierzu: Rosenbrock/Gerlinger 2006) bergen Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung ein Potenzial zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit. Entsprechend hohe Teilnahmequoten vorausgesetzt, ist es theoretisch denkbar, dass sie einen Beitrag zur partiellen Kompensation solcher gesundheitlichen Ungleichheiten leisten, die aus höheren Belastungen und geringeren Ressourcen von Individuen und Gruppen resultieren. Allerdings zeigen die vorliegenden Daten, dass dieses Potenzial von Früherkennungsuntersuchungen nicht genutzt wird. Bei der Inanspruchnahme nahezu aller Maßnahmen der Sekundärprävention in Deutschland tritt ein deutlicher sozialer Gradient zu Tage, wobei dieser bei Frauen insgesamt stärker ausgeprägt ist als bei Männern (z.B. Scheffer et al. 2006). Er findet sich bei Krebsvorsorgeuntersuchungen (z.B. Kahl et al. 1999; Richter et al. 2002; Scheffer et al. 2006; zuletzt Zok 2007b) ebenso wie bei den U1- bis U9-Untersuchungen (Schubert 1996; Altenhofen 1998). Lediglich der Gesundheits-Check-Up scheint eine Ausnahme von dieser Regel darzustellen (Richter et al. 2002; Scheffer 2006). Auch die jüngste Erhebung zur Nutzung von Früherkennungsuntersuchungen, der GKV-Monitor des Wido (s.o.), liefert „Hinweise darauf, dass mit abnehmendem sozialen Status Früherkennungsuntersuchungen seltener in Anspruch genommen werden“ (Zok 2007b: 5). Unterschiede in der Inanspruchnahme in Abhängigkeit vom sozialen Status gehen aus Tabelle 4 hervor.

Tabelle 4: Nichtteilnahme von Anspruchsberechtigten an ausgewählten Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen

| Art der Untersuchung | Anteil der Nichtteilnehmer an den Anspruchsberechtigten | |
|--|---|--|
| | Alle Anspruchsberechtigten | Anspruchsberechtigte mit niedrigem Sozialstatusa |
| Darmkrebsfrüherkennung (Männer ab 50 Jahre) | 33,8 % | 56,2 % (Geringverdiener) |
| Gesundheits-Check-up (Männer ab 35 Jahre) | 30,2 % | 49,1 % (Arbeitslose) |
| Prostatakrebsfrüherkennung (Männer ab 45 Jahre) | 35,2 % | 54,3 % (Arbeitslose) |
| Allgemeine Krebsfrüherkennung beim Frauenarzt (Frauen ab 20 Jahre) | 19,4 % | 26,6 % (Geringverdiener) |

a) Haushaltseinkommen unter 1.000 Euro oder arbeitslos

Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage der Daten in Zok 2007b: 3-5.

Dabei sind die Teilnahmequoten seit der Einführung von Früherkennungsuntersuchungen zwar angestiegen (Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt 2006: 133ff.), bleiben gleichwohl noch deutlich hinter den politischen Zielsetzungen zurück. In dem Bestreben, die Teilnahmequote an den angebotenen Früherkennungsuntersuchungen zu erhöhen, wendet der Gesetzgeber seit einigen Jahren verstärkt finanzielle Anreize an. So können Krankenkassen ihren Versicherten seit 2004 einen Bonus gewähren, wenn sie sich an den für sie vorgesehenen Früherkennungsuntersuchungen beteiligen (§ 65a Abs. 1 SGB V). Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 kam noch ein weiterer Aspekt hinzu: Nun müssen chronisch Kranke, die üblicherweise nur bis zu einem Prozent ihrer Bruttoeinnahmen an jährlichen Zuzahlungen zu entrichten haben, wie andere Versicherte auch Zuzahlungen in Höhe von bis zu zwei Prozent leisten, wenn sie angebotene Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen nicht nutzen, aber später eine dieser Krankheiten erleiden (§ 62 Abs. 1 SGB V). Die Bereitschaft zur Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen soll also sowohl durch positive wie durch negative finanzielle Anreize erhöht werden.

Valide Daten über die Wirksamkeit dieser Anreize liegen noch nicht vor. Dass diese Bemühungen erfolgreich sein werden, darf jedoch bezweifelt werden. Zwar geben vorliegende Untersuchungen keine eindeutige Auskunft über die Gründe für die geringere Inanspruchnahme von Maßnahmen der Sekundärprävention durch sozial Schwache. Als all-

gemein bedeutsame Faktoren gelten die geringe Verbreitung von Informationen, Unbehagen oder Angst beim Gedanken an die Untersuchung, die Angst vor dem Ergebnis und der entstehende Aufwand (Koordination, Wartezeiten) für die Untersuchung (z.B. Hartwig/Waller 2006; Zok 2007b). Vor dem Hintergrund solcher Befunde ist es zu bezweifeln, dass finanzielle Anreize wirklich helfen können, die Teilnehmerquote zu erhöhen. Insbesondere die Annahme, dass die Drohung wirksam ist, die maximalen Zuzahlungen von 1 auf 2 Prozent des Bruttoeinkommens zu erhöhen, wenn ein Versicherter angebotene Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch nimmt und später genau an einer der vorzubeugenden Krankheiten erkrankt, erscheint wenig plausibel – handelt es sich dabei um einen höchst vagen und in seiner Höhe für viele kaum zu kalkulierenden Nachteil. Ein homo oeconomicus wird damit kaum zur Teilnahme an einer Vorsorgemaßnahme zu bewegen sein.

4.2. Primärprävention und Gesundheitsförderung zur Verminderung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen

Gesundheitspolitik hat seit einem knappen Jahrzehnt das Thema der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen für sich entdeckt. Mit der Wiedereinführung der nichtmedizinischen Primärprävention und Gesundheitsförderung als Handlungsfeld der Krankenkassen im Jahr 2000 (§ 20 SGB V – alt) war auch eine Erweiterung und Spezifizierung der mit diesen Maßnahmen verfolgten Ziele verbunden: „Leistungen der Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ (§ 20 Abs. 1 SGB V – alt).² Außerdem wurden die Krankenkassen verpflichtet „einheitlich und gemeinsam (...) prioritäre Handlungsfelder und Kriterien“ für diese Leistungen zu beschließen, „insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik (§ 20 Abs. 1 SGB V). Auf diese Weise sollten die unerwünschten Wirkungen aus der ersten Phase der Gesundheitsförderung (1989-1996), also der partielle Missbrauch von Primärprävention und Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen für die Umwerbung guter Risiken, vermieden werden.

2 Mit der zum 1.1.2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz) in Kraft getretenen Neufassung des § 20 SGB V wurden allerdings der Begriff der Gesundheitsförderung auf das Setting Betrieb begrenzt (§ 20 Abs. 2 SGB V i.d.F. v. 21.12.1999; § 20a SGB V i.d.F. v. 26.3.2007). Die Gesundheitsreform 2007 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) verteilte die Bestimmungen des vorherigen § 20 SGB V unter geringfügigen inhaltlichen Veränderungen, die in dem hier erörterten Zusammenhang nicht von Interesse sind, auf die neuen §§ 20 und 20 a-c SGB V).

4.2.1 Das Ziel der Verminderung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen in der Präventionspraxis der Krankenkassen

Es besteht – in den Gesundheitswissenschaften – ein recht breiter Konsens darüber, dass eine nachhaltige Reduzierung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen am ehesten dann zu erreichen ist, wenn sich Interventionen nicht auf die Veränderung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen beschränken, sondern dies mit der gezielten Veränderung der lebens- und arbeitsweltlichen Kontextbedingungen verknüpft wird – im Idealfall: wenn ein gesundheitsförderliches Setting geschaffen wird, das ein gesundheitsgerechtes Verhalten der Beteiligten systematisch unterstützt (z.B. Rosenbrock et al. 2004). Zudem haben sich entsprechende Interventionen auf solche Settings zu konzentrieren, in denen sozial Benachteiligte besonders häufig anzutreffen sind.

In welcher Weise werden die auf der Grundlage von § 20 SGB V ergriffenen Maßnahmen diesen Kriterien gerecht? Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen veröffentlicht einen jährlichen Präventionsbericht über die einschlägigen Aktivitäten der Krankenkassen (zuletzt für 2006: MDS 2007), der Angaben über die Ausrichtung der Interventionen auf der Grundlage von § 20 SGB V enthält. Diese Angaben sind zwar nur recht allgemeine Angaben gehalten, gleichwohl lässt der Bericht einige Rückschlüsse zu, inwieweit die Krankenkassen das Ziel einer Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit verfolgen.

Der MDS-Bericht unterscheidet zwischen der Primärprävention in nichtbetrieblichen und in betrieblichen Settings sowie Primärprävention nach dem „individuellen Ansatz“ (MDS 2007). Bei der Primärprävention in nichtbetrieblichen Settings richteten sich demnach 32 Prozent der Interventionen (2004: 18 %) auf gesundheitsgefährdete Gruppen (ebda.: 28). Die wichtigsten nichtbetrieblichen Settings waren (Mehrfachnennungen) die Grundschule (26 %), die Berufsschule (19 %), Kindergarten/Kindertagesstätte (17 %), Hauptschule (15 %) Realschule (14 %) und Gymnasium (12 %) (ebda.: 27). Hier legt die vergleichsweise große Bedeutung der Hauptschule den Gedanken nahe, dass sozial Benachteiligte zu den bevorzugten Adressaten zählen. Andererseits ist der Anteil dieser Schulform nur geringfügig höher als der des Gymnasiums, in dem Kinder aus mittleren und höheren Schichten deutlich überrepräsentiert sind. Ob und inwiefern die ausgewählten Grundschulen und Kindergärten/Kindertagesstätten in sozial benachteiligten Wohngebieten angesiedelt waren und auf diesem Wege damit die Wahrscheinlichkeit zur Einbeziehung von Kin-

dern aus sozial schwachen Familien erhöht wurde, lässt sich aufgrund der vorliegenden Daten nicht sagen.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung standen Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes im Mittelpunkt der Interventionen. Hier richteten sich fast zwei Drittel (64 %) der Maßnahmen auf alle Arbeitnehmer in dem betreffenden Betrieb (ebda.: 74). Insgesamt sprachen 40 Prozent der Maßnahmen gesundheitsgefährdete Gruppen an. Zwar dürften sich auch unter den übrigen genannten Zielgruppen sozial und gesundheitlich benachteiligte Personen befunden haben, jedoch lässt sich aus dem MDS-Bericht der Schluss ziehen, dass in der betrieblichen Gesundheitsförderung dieser Personenkreis in der großen Mehrzahl der Fälle gerade nicht gezielt erfasst worden ist.

Ein Teil der Interventionen zielte auf die Veränderung der Handlungsbedingungen im jeweiligen Setting. In den nichtbetrieblichen Settings wurden in 60 Prozent der Interventionen auch Handlungs- und Entscheidungsspielräume erweitert; in der betrieblichen Gesundheitsförderung schlossen 43 Prozent der Interventionen auch eine Veränderung der Arbeits- und Betriebsorganisation ein (ebda.: 35, 85).

Für die Frage nach einer nachhaltigen Verringerung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen ist darüber hinaus auch die Verknüpfung von Maßnahmen der individuellen Verhaltens- und der Kontextsteuerung von Bedeutung. In den nichtbetrieblichen Settings waren 55 Prozent der Interventionen sowohl verhaltens- als auch verhältnisbezogen, 43 Prozent beinhalteten ausschließlich verhaltensbezogene Aktivitäten (ebda.: 34). In der betrieblichen Gesundheitsförderung waren es 58 bzw. 31 Prozent (ebda.: 84). Jedoch ist damit die große Bedeutung rein verhaltensbezogener Prävention noch bei weitem nicht erfasst. Denn jenseits dieser settingbezogenen Aktivitäten ist eine weitere Säule der Kassenaktivitäten die settingunspezifische reine Verhaltensprävention auf der Grundlage eines individuellen Ansatzes (Kurse, Seminare etc.). Mit derartigen Maßnahmen, bei denen Bewegung und Ernährung im Mittelpunkt standen, wurden 1,4 Millionen Personen erfasst. In der Prävention in nichtbetrieblichen Settings wurden demgegenüber direkt geschätzte 1,5 Millionen Personen erreicht, in der betrieblichen Gesundheitsförderung knapp 940.000 Personen (ebda.: 24, 60, 73).

Die Daten des MDS-Berichts zeigen, dass die Verminderung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen Eingang in das Präventionshandeln der Krankenkassen gefunden hat. Allerdings hat reine Verhaltensprävention bei der Umsetzung von § 20 SGB V nach wie vor ein außerordentlich großes Gewicht. Zudem lässt sich auf Grundlage der vorliegenden Daten keine Aussage über Tragweite, Nachhaltigkeit und Wirksamkeit der

durchgeführten Interventionen im Hinblick auf die Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten treffen. Ungeachtet dessen ist freilich deutlich, dass die Krankenkassen der gesellschaftlich bedingten gesundheitlichen Ungleichheit nur unzureichend entgegenwirken können. Dies liegt nicht nur an der mit 2,74 Euro (2006) je Versicherten und Jahr (§ 20 Abs. 2 SGB V) sehr geringen Summe, die ihnen für diese Aufgabe zur Verfügung steht. Noch wichtiger ist der Sachverhalt, dass die Verminderung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen vielfältige Voraussetzungen hat, die auf der gesellschaftlichen und politischen Makroebene angesiedelt sind und sich grundsätzlich der Einflussnahme durch Krankenkassen entziehen.

4.2.2 Implementationshindernisse

Eine dem Kerngehalt des Paradigmas der Gesundheitsförderung entsprechende Umsetzung des § 20 SGB V stößt auf vielfältige Schwierigkeiten. Den Krankenkassen, denen der Gesetzgeber in der Implementierung die Funktion des Innovationsagenten zuweist, mangelt es als traditionell auf die Finanzierung von Krankenbehandlung beschränkten Institutionen zumeist an der für eine erfolgreiche Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten erforderlichen Verankerung in den jeweiligen gesellschaftlichen Settings sowie überhaupt an Erfahrungen mit der Umsetzung von integrierten Gesundheitsförderungsprojekten. Zudem legen die Handlungsanreize des Kassenwettbewerbs es ihnen nahe, sich eher auf Angebote verhaltensorientierter Individualprävention als auf komplexe integrierte Präventionsprojekte zu konzentrieren. Letzteres verweist auf die mangelnde Kohärenz des gesundheitspolitischen Steuerungsinstrumentariums. Gesundheitsförderung kollidiert mit den durch andere Steuerungsmechanismen in der GKV induzierten Basistrends im Kassenhandeln und wird von diesen überlagert. Die Steuerungsprobleme bei der Gesundheitsförderung ergeben sich nicht allein aus den Besonderheiten des Implementationsprozesses, sondern auch aus den Widersprüchen in der gesundheitspolitischen Zielformulierung und Instrumentenwahl.

Auf Seiten der Innovationsadressaten, also der Akteure in den Settings, ist es vor allem der mit Gesundheitsförderungskonzepten verknüpfte Grad an Komplexität, der hohe Hürden für die Bereitschaft zur Inangriffnahme entsprechender Projekte errichtet. Zudem müssen in diesen Fällen etablierte Handlungsrouninen, Sichtweisen und Zielsysteme häufig in Frage gestellt und verändert werden. Daher sind entsprechende Vorhaben in ihrem Prozess recht labil. Dies wiederum erhöht bei den Beteiligten die Neigung, die Reichweite von Projekten auf Kosten ihrer Effektivität zurückzunehmen. Hinzu kommt das mit den

unspezifischen Wirkungen von Gesundheitsförderung verknüpfte Problem, die Effekte der Maßnahmen zu evaluieren und Gewissheit über ihren Nutzen zu erlangen.

Dabei haben sich seit der Einführung des § 20 SGB V auf der Makro-, der Meso- und der Mikroebene vielfältige Veränderungen und Lernprozesse eingestellt, und zwar sowohl in der Politikformulierung als auch in der Implementation. So erfolgte die neuerliche Aufwertung von Primärprävention und Gesundheitsförderung zum 1.1.2000 unter der flankierenden Formulierung finanzieller und qualitativer Vorgaben, mit denen die unerwünschten Wirkungen aus der ersten Phase der Gesundheitsförderung vermieden werden sollten. Auf diese Weise versucht der Staat, seinen bei überwiegend qualitativ zu bewertenden Aufgaben naturgemäß schwachen Einfluss auf die Implementierung von Gesetzesvorgaben zu erweitern. Gleichzeitig vollzog sich in den Krankenkassen und ihren Verbänden eine Weiterentwicklung von Gesundheitsförderungskonzepten. Dies ist zum einen auf die gesetzlichen Auflagen zur Qualitätssicherung, zum anderen aber auch auf das an professionellen Maßstäben orientierte Handeln der verantwortlichen Stäbe in den Krankenkassen und auf den wachsenden Kostendruck zurückzuführen.

Die Schaffung gesundheitsförderlicher Settings – oder auch nur eine gesundheitsgerechte Beeinflussung von Kontextbedingungen – erfordern bekanntlich sehr weit reichende und komplexe Interventionen. In Deutschland haben sich innovative und wegweisende Praxismodelle der Prävention seither nur punktuell entwickelt. Insofern kann die Realisierung solcher Vorhaben auch als eine soziale Innovation angesehen werden.³ Auf welche Hindernisse die Implementierung solcher Bestrebungen stößt, ist in allgemeiner Form von der sozialwissenschaftlichen Innovationstheorie beantwortet worden (hierzu: Van de Ven/Rogers 1988; Van de Ven/Angle/Poole 1989; Wolfe 1994; Rogers 1995; Slappendel 1996). Weithin anerkannt sind die Erfolgsbedingungen sozialer Innovationen, wie Rogers (1995) sie zusammengefasst hat: Demnach ist der Erfolg sozialer Innovationen abhängig von

- dem wahrgenommenen Nutzen einer Innovation, wobei es sich dabei um einen ökonomischen Nutzen, um einen ideellen Nutzen oder um eine Verbesserung der Lebensqualität handeln kann;
- der Beobachtbarkeit der Ergebnisse, also der Möglichkeit, den Nutzen der Innovation zu messen bzw. nachzuweisen;

3 Soziale Innovationen sind „neue Wege, Ziele zu erreichen, insbesondere neue Organisationsformen, neue Regulierungen [...], die die Richtung des sozialen Wandels verändern, Probleme besser lösen als frühere Praktiken, und die deshalb wert sind, nachgeahmt und institutionalisiert zu werden“ (Zapf 1989: 177).

- der Kompatibilität mit geltenden Normen, bisherigen Erfahrungen, Interessen der Anwender sowie dominanten Überzeugungen und Problemlösungsmustern;
- der Komplexität einer Innovation, also der Reichweite an Veränderungen, die zu ihrer Implementierung notwendig sind.

Die Erfolgchancen einer Innovation sind also umso höher, je größer der von ihr erwartete Nutzen, je stärker ihre Anschlussfähigkeit an existierende Bedingungen, je besser ihr Nutzen nachweisbar und je geringer die Komplexität der vorzunehmenden Veränderungen ist. Sie sinken in dem Maße, wie diese Eigenschaften nicht vorhanden sind. Wendet man diese Erfolgsbedingungen auf die Schaffung gesundheitsförderlicher Settings an, so wird deutlich, dass die dafür erforderlichen Wandlungsprozesse ungemein voraussetzungsreich sind.

Nutzen

Bereits die Frage nach dem Nutzen, den ein Abbau gesundheitlicher Ungleichheit für Akteure der Gesundheitspolitik mit sich bringt, wirft erhebliche Schwierigkeiten auf. Geht man davon aus, dass im Zentrum des Zielkoordinatensystems politischer Akteure das Streben nach Macht steht, so rückt die Frage in den Mittelpunkt, ob und inwiefern der Abbau gesundheitlicher Ungleichheit dem Streben politischer Eliten nach Machterhalt und Machterweiterung dienen kann. Denkbar wäre dies, wenn größere Bevölkerungsgruppen entsprechende Schritte einfordern würden und die politischen Eliten sich im Falle einer Nichtbeachtung derartiger Initiativen hohen Legitimationsrisiken ausgesetzt sähen oder wenn die Existenz gesundheitlicher Ungleichheit Quelle sozialer bzw. politischer Konflikte wäre. Dies ist aber nicht der Fall und bis auf weiteres auch nicht in Sicht – auch wenn das Thema in den vergangenen Jahren eine wachsende Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat.

Dasjenige Motiv für den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit, für das sich über die Parteilinien hinweg vermutlich am einfachsten politische Unterstützung mobilisieren ließe, dürfte in der Vermeidung künftiger Behandlungskosten liegen. Dieses Ziel könnte am ehesten erreicht werden, so ließe sich argumentieren, wenn man Prävention und Gesundheitsförderung auf diejenigen Gruppen konzentriert, die den größten Behandlungsbedarf aufweisen. Der Abbau gesundheitlicher Ungleichheit könnte so als Bestandteil einer wettbewerbsorientierten gesellschaftlichen Rationalisierungsstrategie konzipiert werden, mit deren Hilfe der Standort Deutschland im internationalen Wettbewerb gestärkt werden

kann. Ein egalitäres und damit dem politischen Makrotrend im Kern zuwiderlaufendes Vorhaben ließe sich somit – womöglich unter Umgehung sozialer Konflikte – einfügen in ein hegemoniales Konzept gesellschaftlicher Transformation.

Allerdings ist eine solche Sichtweise wenig realistisch. Folgende Gegenargumente ließen sich anführen: Erstens würde im Konkreten der Abbau gesundheitlicher Ungleichheit mit anderen Interessen in Konflikt geraten. Dies lässt sich insbesondere etwa am Beispiel der Arbeitswelt zeigen. Unternehmen verfolgen in vielen Fällen ihre Interessen gerade dadurch erfolgreich, dass sie die Gesundheit von Beschäftigten „vernutzen“ und die Folgekosten gesellschaftlich externalisieren. Dies ist ein Hinweis darauf, dass sich der Abbau gesundheitlicher Ungleichheit gerade nicht jenseits von Interessenkonflikten realisieren lässt. Zweitens wäre der Gesundheitspolitik, selbst wenn man ihr die Fähigkeit und Bereitschaft zur Konfrontation mit mächtigen Interessen nicht absprechen wollte, ein solches Maß an Rationalität kaum zuzutrauen. Denn die Machtorientierung politischer Akteure hat zur Folge, dass sich ihr Handlungshorizont zumeist auf den Zeitraum bis zur nächsten Wahl beschränkt, bei der politische Macht neu zugewiesen wird. Politische Maßnahmen der Kontextsteuerung zum Zweck der Prävention und Gesundheitsförderung haben aber die Eigenschaft, dass die Kosten für Entwicklung und Implementierung zwar unmittelbar anfallen, der gesundheitliche Nutzen – und in seiner Folge mögliche Nebeneffekte wie Einsparungen usw. – erst nach Jahren oder Jahrzehnten eintreten. Diese Divergenz der Zeithorizonte ist damit ein ernstes Hindernis für die Inangriffnahme nachhaltig wirksamer Projekte zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit. Drittens kommt hinzu, dass sich die Wirkung eher unspezifischer Maßnahmen nur schwer messen lässt. Auch wenn langfristig positive Veränderungen in Folge auftreten, fällt angesichts der Vielzahl intervenierender Variablen der Nachweis eines Kausalzusammenhangs zur getroffenen Maßnahme häufig schwer. In jedem Fall sind derartige Projekte mit einer inhärenten Unsicherheit über den Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung belastet, die breiten Raum bietet, den Nutzen solcher Maßnahmen – gerade in Zeiten allenthalben knapper Kassen – in Zweifel zu ziehen.

Darüber hinaus ist es grundsätzlich auch denkbar, dass Gesundheitspolitik den Abbau gesundheitlicher Ungleichheit auch aus normativen Gründen verfolgt. Diese Zielsetzung wäre in diesem Fall Teil der Policy Beliefs verantwortlicher Eliten. Sie bedürfte in diesem Fall keines weiteren Nutzens, sondern wäre gleichsam Selbstzweck. In der Tat hat der Abbau sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen vor einigen Jahren Einzug in die Programmatik politischer Parteien gehalten – nämlich jener, von denen man *cum grano salis* sagen kann, dass sie sich links von der Mitte bewegen. Bei CDU und FDP wird die

soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen hingegen unter der Formel von der „Eigenverantwortung“ weitgehend individualisiert und als ein Problem gesehen, das sich der staatlichen Zuständigkeit und Verantwortung weitgehend entzieht. Man wird also realisieren müssen, dass die Bereitschaft politischer Eliten, zum Erreichen dieses Ziels beizutragen, höchst unterschiedlich ausgeprägt ist. Aber auch dort, wo eine solche Bereitschaft anzutreffen ist, stehen entsprechende Bekenntnisse zumeist in Konflikt mit anderen Zielen. Zudem ist nicht ersichtlich, dass Gesundheitspolitik allein über die erforderlichen Steuerungsinstrumente verfügt, um dieses Ziel zu erreichen.

Kompatibilität

Im Hinblick auf die Kompatibilität mit existierenden Interessen und Normen ist für komplexe Interventionen zur Gestaltung gesellschaftlicher Kontextbedingungen vor allem von Bedeutung, dass Unterstützung für Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung insbesondere dann mobilisiert wird, wenn sich diese kommerzialisieren lassen, sie also in Form von Waren und Dienstleistungen auf eine kaufkräftige Nachfrage stoßen. Dies ist aber bei unspezifischen Maßnahmen der Kontextsteuerung zur Prävention und Gesundheitsförderung zumeist nicht der Fall. Da die Akteure in aller Regel um die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen konkurrieren, stoßen derartige Vorhaben bei denjenigen, die als Anbieter von Dienstleistungen und Waren tätig sind, zumeist auf wenig Sympathie, wenn nicht sogar auf offenen Widerstand. Schließlich dominieren in der Gesundheitspolitik ökonomische Gesichtspunkte weithin über gesundheitliche Aspekte.

Komplexität

Primärpräventive Interventionen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit zeichnen sich in der Regel dadurch aus, dass sie die Komplexität von Handlungen und Strukturen steigern (Urban 2001). Sie erfordern ein komplexes, abgestimmtes Vorgehen unter Einbeziehung einer Vielzahl von Interventionsebenen, Interventionsfeldern und Akteuren. Dies stellt ihre Implementation vor besondere Schwierigkeiten. So müssen Akteure ihre bisherigen Handlungsroutrinen und Problemwahrnehmungen in Frage stellen; häufig müssen primärpräventive Maßnahmen in Organisationen und in strukturelle Zusammenhänge implementiert werden, die anderen Zielen und Anreizsystemen folgen und in denen andere Handlungsregeln gelten. Daraus erwächst ein hoher Koordinations- und Anpassungsbe-

darf, der die Akteure – zumal bei fortbestehenden strukturellen Handlungszwängen – nicht selten überfordert. In dem Maße, wie die Handlungskette zur Implementierung derartiger Maßnahmen länger wird und die Zahl der einbezogenen Akteure sowie deren Interessenheterogenität steigt, wächst die Wahrscheinlichkeit von Innovationsblockaden, denn damit nehmen die möglichen Bruchstellen und die Zahl potentieller Veto-Spieler zu.

Primärprävention und Gesundheitsförderung, insbesondere solche Maßnahmen, die auf strukturelle Veränderungen der Kontextbedingungen zielen, stoßen also auf ungemein schwierige Implementationsbedingungen. Dies mag erklären, dass derartige Vorhaben höchst unzureichend in der deutschen Gesundheitspolitik verankert sind. Sofern gesundheitspolitische Akteure sich das Ziel einer Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten überhaupt zu Eigen machen, lassen sich in ihren Reaktionen auf die skizzierte Gemengelage typische Muster erkennen.

Zum einen erwächst aus den erwähnten Schwierigkeiten die Neigung, die Komplexität des erforderlichen Wandels zu reduzieren – durch eine Reduktion der Problemanalyse und der Problemlösungsstrategie. Schwierigkeiten können durch eine Rücknahme der Anforderungen und Ziele umgangen werden. Häufig geschieht dies dadurch, dass die an sich erforderliche Verknüpfung verhaltens- und verhältnisbezogener Veränderungen zu Lasten letzterer aufgelöst wird. Damit wächst zwar die Aussicht, das nunmehr bescheidener formulierte Ziel erreichen zu können, zugleich sinkt aber auch die Wahrscheinlichkeit, wirklich dauerhafte Veränderungen herbeiführen zu können. Zum anderen zeigt sich die Tendenz, Problemanalyse und Problemlösungsstrategie in die gegebenen Interessenlagen und Machtverhältnisse einzupassen. Eine solche Reaktionsweise ist umso wahrscheinlicher, je weniger die makropolitischen Rahmenbedingungen konfliktorientierte Handlungsstrategien als Erfolg versprechend erscheinen lassen.

Für Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit hat dies u.a. zur Konsequenz, dass Konzepte, die am Individuum orientiert sind, komplexen Interventionen zur Veränderung von Arbeits- und Lebensbedingungen vorgezogen werden. Hagen Kühn und Rolf Rosenbrock haben diesen Mechanismus mit der einprägsamen Formel vom „Darwinschen Gesetz der Präventionspolitik“ charakterisiert (Kühn/Rosenbrock 1994: 39ff.). Demnach konkurrieren bei der Krankheitsvorbeugung unterschiedliche Präventionstypen miteinander. Dabei sind diejenigen Maßnahmen am durchsetzungsfähigsten, die gegenüber ihrer gesellschaftlichen Umwelt am besten angepasst sind. Bei der Vorbeugung von Gesundheitsgefahren haben Interventionen, die am Individuum ansetzen (genetische Disposition, Gesundheitsverhalten) größere Chancen auf Realisierung als komplexe ge-

gesellschaftliche Prozessinnovationen, denn sie lassen sich erstens vergleichsweise leicht kommerzialisieren – also als Waren oder Dienstleistungen anbieten – und erlauben es zweitens, gesellschaftliche und ökonomische Strukturen nicht anzutasten. Die Bevorzugung verhaltenspräventiver Ansätze hat zudem den Charme, dass sie die Ideologie von im Kern individuell verschuldeten Erkrankungsursachen unterstützen.

5. Schlussfolgerungen

Die skizzierten Entwicklungstendenzen in der Krankenversorgungspolitik – die Privatisierung von Krankheitskosten durch erhöhte Zuzahlungen, informelle Leistungsverweigerungen in der GKV sowie das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung bei einer wachsenden Kluft zwischen beiden Systemen – haben die sozialen und die räumlich-zeitlichen Barrieren zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für Teile der Bevölkerung erhöht. Die Krankenbehandlungskosten sind in den vergangenen Jahren spürbar privatisiert worden – eine Entwicklung, die sich bekanntermaßen bei sozial Schwachen und chronisch Kranken finanziell in besonderer Weise bemerkbar macht. Die soziale Ungleichheit von Zugangschancen zur gesundheitlichen Versorgung hat sich somit verstärkt. Auch gibt es deutlich Hinweise auf eine wachsende Ungleichheit in der Versorgung von GKV- und PKV-Patienten.

Die vorliegenden Daten geben jedoch keine verlässliche Auskunft darüber, ob und in welchem Umfang aufgrund dieser gesundheitspolitischen Entwicklungstrends auch medizinisch notwendige Leistungen unterblieben sind und ein möglicher Verzicht auf notwendige Leistungen in besonderer Weise sozial Schwache und chronisch Kranke betrifft. Daher lässt sich auch keine Aussage darüber treffen, ob und in welchem Ausmaß die skizzierten gesundheitspolitischen Entwicklungstrends den sozialen Gradienten in der gesundheitlichen Ungleichheit verstärken oder verstärkt haben.

Allerdings enthalten vorliegende Daten auch Hinweise darauf, dass eine solche Entwicklung eingetreten sein kann, und auch Plausibilitätsüberlegungen legen dies nahe. Schließlich sollten Ergebnisse des eingangs erwähnten RAND-Experiments zu denken geben: Denn dieses zeigt auch, dass eine zuzahlungsfreie Gesundheitsversorgung die gesundheitliche Benachteiligung sozial Schwacher verringern kann (z.B. Rice 2004). So konnten bei Personen mit niedrigem Einkommen z.B. deutlich verbesserte Blutdruckwerte und eine Linderung ernsthafter Krankheitssymptome festgestellt werden. Des Weiteren erhielten Kinder aus einkommensschwachen Familien bei einer Kostenbeteiligung im Unter-

schied zu denen aus wohlhabenden deutlich seltener solche Behandlungen, die als höchst effektiv gelten. Kinder von sozial schwachen Eltern mit Kostenbeteiligung bekamen nur in 56 Prozent der Fälle dieselbe Behandlung wie Kinder von sozial schwachen Eltern ohne Kostenbeteiligung. Weitere Beispiele ließen sich ergänzen.

Die Gefahr, dass eine fortschreitende Privatisierung von Krankheitskosten nicht nur die soziale, sondern auch die gesundheitliche Ungleichheit verstärkt, ist also nicht von der Hand zu weisen. Mit Blick auf die Auswirkungen von Zuzahlungen und anderen Neuregelungen der GKV-Finanzierung (Beitragsrückerstattung, Selbstbehalte etc.) auf die Nachfrage nach und die Versorgung mit medizinischen Leistungen existiert erheblicher Forschungsbedarf. Das Thema soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung erfordert eine weit größere Aufmerksamkeit, als ihm gegenwärtig zukommt. Ein wichtiges Forschungsgebiet müssten im Sinne einer „Gesundheitspolitikfolgenforschung“ die Auswirkungen gesundheitspolitischer Entscheidungen und Nicht-Entscheidungen auf die soziale und gesundheitliche Ungleichheit in der Versorgung sein. Gegenwärtig werden Bestimmungen über neue Finanzierungsregelungen ohne jede obligatorische Begleitforschung implementiert, obwohl sie Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten von Millionen Versicherten haben. Dies ist angesichts der Bedeutung des Problems eine inakzeptable Unterlassung. Offenkundig ist unter den politischen Entscheidungsträgern das Interesse an empirisch gesicherten einschlägigen Befunden aber nicht sonderlich ausgeprägt.

Steigt mit den errichteten sozialen Hürden vor der Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversorgung auch die Wahrscheinlichkeit, dass die gesundheitliche Kluft von Arm und Reich weiter wächst, so werden gleichzeitig die – allerdings strukturell begrenzten – Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung, durch verbesserte Prävention zu einer Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit beizutragen, nur unzureichend genutzt. So liegt die Teilnahmequote von Personen mit niedrigem Sozialstatus an zahlreichen Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung, insbesondere bei der Krebsvorsorge, nach wie vor deutlich unter dem Durchschnitt. Mit der Novellierung des § 20 SGB V im Jahr 2000 hat zwar auch die Verminderung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen Eingang in das Zielsystem der GKV gefunden. Allerdings geht dieses Ziel nur teilweise in die Präventionspraxis der Krankenkassen ein. Insgesamt dürfte der von diesen Aktivitäten ausgehende Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit als sehr gering zu veranschlagen sein.

Literatur

- Altenhofen, Lutz (1998): Das Programm zur Krankheitsfrüherkennung bei Kindern: Inanspruchnahme und Datenlage, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen, Bd. 3, Köln, S. 24-33
- Andreß, Hans-Jürgen/Heien, Thorsten/Hofäcker, Dirk (2001): Wozu brauchen wir noch den Sozialstaat? Der deutsche Sozialstaat im Urteil seiner Bürger, Wiesbaden
- Blinkert, Baldo/Klie, Thomas (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel, Hannover
- Braun, Bernard (2000): Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln?, St. Augustin
- Braun, Bernard (2002): Häufigkeit und Auswirkungen von Leistungsrationierungen im Gesundheitswesen, in: Böcken, Jan/Braun, Bernard/Schnee, Melanie (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh, S. 97-111
- Braun, Bernard (2004): Erwartungen an die mittelfristige Zukunft der Gesundheitsversorgung, in: Böcken, Jan/Braun, Bernard/Schnee, Melanie (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh, S. 122-136
- Breyer, Friedrich/Zweifel, Peter S./Kifmann, Mathias (2005): Gesundheitsökonomik, 5. Aufl., Berlin
- Continentale (2006): Gesundheitsreform – die Meinung der Bevölkerung. Eine repräsentative Infratest-Bevölkerungsbefragung der Continentale Krankenversicherung a.G, Dortmund
- Dammert, Matthias (2007): „Sozialpolitik aus der Nähe‘ und eine ‚Neue Kultur des Helfens‘ – Welche Zukunft hat die subsidiäre Logik der deutschen Sozialversicherung?“, Diss., Frankfurt a.M.
- Gebhardt, Birte (2005): Zwischen Steuerungswirkung und Sozialverträglichkeit – eine Zwischenbilanz zur Praxisgebühr aus Sicht der Versicherten, in: Böcken, Jan/Braun, Bernard/Schnee, Melanie/Amhof, Robert (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2005. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh, S. 11-31
- Gerlinger, Thomas (2003): Das Schweizer Modell der Krankenversicherung. Zu den Auswirkungen der Reform von 1996 (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper SP I 2003-301), Berlin
- Gerlinger, Thomas/Deppe, Hans-Ulrich (1994) Zur Einkommensentwicklung bei niedergelassenen Ärzten, Frankfurt a.M.
- Grabka, Markus M./Schreyögg, Jonas/ Busse, Reinhard (2005): Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz – eine empirische Analyse. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Discussion papers 506, Berlin
- Greß, Stefan/Walenzik, Anke/Wasem, Jürgen (2005): Nichtversicherte Personen im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland – Bestandaufnahme und Lösungsmöglichkeiten. Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung, Essen
- Hartwig, Jörg/Waller, Heiko (2006): Stufen und Hürden der Teilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen bei 45-60jährigen Männern – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung, in: Das Gesundheitswesen, 68. Jg., H. 6, S. 357-363
- Herder-Dorneich, Philipp (1994) Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden 1994
- Holst, Jens (2004): Modalitäten und Effekte von Zuzahlungen im Gesundheitswesen (Institut für Medizinische Soziologie im Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, Arbeitspapier Nr. 24/2004), Frankfurt a.M.
- Holst, Jens (2005): Kritische Stellungnahme zu „Die Einführung der Praxisgebühr und ihre Wirkung auf die Zahl der Arztkontakte und die Kontaktfrequenz – eine empirische Analyse“ von Markus

- M. Grabka, Jonas Schreyögg und Reinhard Busse. <http://forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/DIW-TU-Studie-Praxisgebuehr.pdf>
- Kahl, Heidrun/Hölling, Heike/Kamtsiuris, Panagiotis (1999): Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, in: *Das Gesundheitswesen*, Sonderh. 2, S. 163-168
- Klose, Joachim/Litsch, Martin (2001): Krankenversicherungskarte: Beeinflußt die Einführung der KVK die Fallzahlenentwicklung und den Leistungsbedarf? <http://www.wido.de>
- Köcher, Renate (2002): Angst vor der Zwei-Klassen-Medizin. Wachsende Sorgen über das Gesundheitssystem, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* v. 17. April 2002
- Lampert, Thomas/Saß, Anke-Christine/Häfelinger, Michael/Ziese, Thomas (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin
- Manning, Willard/Newhouse, Joseph/Duan, Naihua/Keeler, Emmett/Leibowitz, Arleen/Marquis, Susan (1987): Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence From a Randomized Experiment, in: *American Economic Review*, vol. 77, no. 3, S. 251-277
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2007): Präventionsbericht 2007: Dokumentation von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung – Berichtsjahr 2006 –, Essen
- Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern et al.
- Mielck, Andreas/Helmert, Uwe (2006): Vergleich zwischen GKV- und PKV-Versicherten: Unterschiede bei Morbidität und gesundheitlicher Versorgung, in: Böcken, Jan/Braun, Bernard/Amhof, Robert/Schnee, Melanie (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*, Gütersloh, S. 32-52
- Newhouse, Joseph P. (1993): *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Cambridge, MA
- Nink, Katrin/Schröder, Helmut (2007): Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes 2005, in: Schwabe, Ulrich/Paffrath, Dieter (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2006. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*, Berlin, Heidelberg, S. 182-244
- Pfaff, Anita B./Langer, Bernhard/Mamberer, Florian/Freund, Florian/Kern, Axel Olaf/Pfaff, Martin (2003): Zuzahlungen nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) unter Berücksichtigung von Härtefallregelungen. Universität Augsburg, Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe, Beitrag Nr. 253, Augsburg
- Pfaff, Anita B./Busch, Susanne/Rindsfüßer, Christian (1994): *Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen der Reformgesetzgebung 1989 und 1993 auf die Versicherten*, Frankfurt a.M./New York
- Rice, Thomas (2004): *Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung*, Bonn
- Richter, Matthias/Brand, H./Rössler, G. (2002): Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in NRW, in: *Das Gesundheitswesen*, 64. Jg., H. 7, S. 417-423
- Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2006): *Gesundheit in Deutschland*, Berlin
- Rogers, Everett M. (1995): *Diffusion of Innovations*, 4th ed., New York: Free Press
- Rosenbrock, Rolf/Bellwinkel, Michael/Schröer, Alfons (Hrsg.) (2004): *Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“*, Bremerhaven
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): *Gutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*, Bonn

- Scheffer, Simone/Dauven, Sarah/Sieverding, Monika (2006): Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland – Eine Übersicht, in: *Das Gesundheitswesen*, 68. Jg., H. 3, S. 139-146
- Schubert, R (1996): Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern während der Einschulungsuntersuchung am Beispiel von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen, in: Murza, Gerhard/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Regionale Gesundheitsberichterstattung*, Weinheim/München, S. 122-137
- Segert, Astrid/Zierke, Irene (2005): Regionale Ungleichheiten aus der Perspektive nachhaltiger Regionalentwicklung. Das Beispiel ländlicher Räume in Deutschland, Potsdam
- Simon, Michael (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P01-205), Berlin
- Slappendel, Carol (1996): Perspectives on Innovation in Organizations, in: *Organization Studies*, Vol. 17, No. 1, S. 107-129
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig Holstein (2006): *Hamburger Stadtteil-Profile 2006 und Umland-Profile*, Bd. 1, Hamburg
- Statistisches Bundesamt (2004): Auskunft gegenüber dem Autor über Schätzungen zur Gesundheitsausgabenrechnung
- Statistisches Bundesamt (2006a): Fachserie 2, Reihe 1.6.1: Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2006b): Fachserie 13, Reihe 2.2: Sozialleistungen. Statistik der Sozialhilfe: Sozialhilfe – Hilfe in besonderen Lebenslagen, Wiesbaden
- Urban, Hans-Jürgen (2001): Komplexitätsdifferenz als Innovationsblockade, oder: das Assurance-Dilemma im Public Health-Ansatz, Berlin (Ms.)
- Urban, Hans-Jürgen (2003): Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im europäischen Mehrebenen-System (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper SPI 2003-303), Berlin: WZB
- Van de Ven, Andrew H./Angle, Harold L./Poole, Marshall Scott (Eds.) (1989): *Research on the Management of Innovation: The Minnesota Studies*, New York
- Van de Ven, Andrew H./Rogers, Everett M. (1988): Innovations and Organizations: Critical Perspectives, in: *Communication Research*, Vol. 15, No. 5, S. 632-651
- VFA – Verband Forschender Arzneimittelhersteller (2002): *Gesundheitspolitik und Arzneimittelversorgung. Ergebnisse einer Repräsentativ-Befragung bei Emnid im Auftrag des VFA*, Bielefeld
- Wendt, Claus (2003): *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich*, Wiesbaden
- Wolfe, Richard A. (1994): Organizational Innovation: Review, Critique and Suggested Research Directions, in: *Journal of Management Studies*, Vol. 31, No. 3, S. 405-431
- Yalinkilic, Michael (2005): Die Häufigkeitsverteilung der pflegebegründenden Diagnosen in den einzelnen Pflegestufen der privaten Pflegeversicherung, Diss., Frankfurt a.M.
- Zapf, Wolfgang (1989): Über soziale Innovationen, in: *Soziale Welt*, 40. Jg., H. 1-2, S. 170-183
- Zok, Klaus (2003): *Gestaltungsoptionen in der Gesundheitspolitik. Die Reformbereitschaft von Bürgern und Versicherten im Spiegel von Umfragen*, Bonn
- Zok, Klaus (2005): Reaktionen auf das GMG: Wie verhalten sich die Versicherten? Ergebnisse einer repräsentativen Versichertenbefragung, in: *WidO-Monitor*, 2. Jg., H. 2, S. 1-7
- Zok, Klaus (2007a): Warten auf den Arzttermin. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten, in: *WidO-Monitor*, 4. Jg., H. 1, S. 1-7

Zok, Klaus (2007b): Wahrnehmung und Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter GKV-Versicherten, in: WidO-Monitor, 4. Jg., H. 3, S. 1-7

In der Reihe

Diskussionspapiere des Instituts für Medizinische Soziologie
sind bisher erschienen:

- | | | |
|----------|--|-----------------------|
| 2005 - 1 | Rolf Schmucker: Die deutsche Arzneimittelzulassung im europäischen Wettbewerb | Schutzgebühr 1,50 EUR |
| 2006 – 1 | Kai Mosebach: Patienten auf dem Weg zur Macht? Ergebnisse rot-grüner Gesundheitspolitik | Schutzgebühr 2,50 EUR |
| 2007 – 1 | Thomas Gerlinger, Kai Mosebach, Rolf Schmucker: Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik : Die Auswirkungen des GKV-WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen | Schutzgebühr 1,50 EUR |
| 2007 – 2 | Thomas Gerlinger: Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen: Anmerkungen zum Beitrag der Gesundheitspolitik | Schutzgebühr 2,00 EUR |

Die Diskussionspapiere sind gegen eine Schutzgebühr erhältlich bei:

Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Institut für Medizinische Soziologie

Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a. M.

Tel.: (0 69) 6301-76 10 / Fax: (0 69) 63 01-66 21