

## Schwerpunkt: Soziale Ungleichheit und Pflege

Thomas Gerlinger

### Gesundheitspolitik als Einflussfaktor auf soziale und gesundheitliche Ungleichheit

Health policy as a determinant of social and health-related inequality

*In recent years, health policy considerably increased social inequality of access to medical care. On the one hand, the privatisation of treatment costs is heightening barriers to the demand for medical care. On the other hand, implementing budgets in the social health insurance is creating strong incentives for physicians to refuse medical care and to preferably treat private patients. In the long-term care insurance the financial burdens for low-income households increased because cash benefits have not been raised since 1995. Nevertheless, there is no data available, whether or not these changes lead to an increase of the social gradient related to inequality in health. This has to be subject to further research.*

#### Keywords

social inequality, health policy, health insurance, long-term care insurance

*Die Entwicklung der Gesundheitspolitik hat in den letzten Jahren die soziale Ungleichheit von Zugangschancen zur gesundheitlichen Versorgung deutlich verstärkt. Zum einen erhöht die Privatisierung von Kosten bei den Patienten die Hürde zur Inanspruchnahme von Leistungen. Zum anderen schafft die Budgetierung von Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung für Ärzte einen Anreiz, Patienten Leistungen vorzuenthalten und Privatpatienten den Kassenpatienten vorzuziehen. In der Pflegeversicherung führt die Nichtanpassung der Leistungen seit 1995 dazu, dass die zu einem erheblichen Kaufkraftverlust. Dies erhöht insbesondere die finanziellen Belastungen für Haushalte mit niedrigem Einkommen. Die vorliegenden Daten geben jedoch keine verlässliche Auskunft darüber, ob und in welchem Ausmaß die skizzierten gesundheitspolitischen Entwicklungstrends den sozialen Gradienten in der gesundheitlichen Ungleichheit verstärken oder verstärkt haben. In*

---

eingereicht: 26.7.2007

akzeptiert: 2.8.2007

*Bezug auf diese Fragen besteht ein erheblicher Forschungsbedarf sowohl in der Krankenversorgung als auch in der Pflege.*

**Schlüsselwörter**

soziale Ungleichheit, Gesundheitspolitik, Krankenversicherung, Pflegeversicherung

## 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 und nur wenig mit sozialen Schranken beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung zu tun hat. Als wichtiger Grund hierfür gilt der in den Nachkriegsjahrzehnten vollzogene Ausbau des sozialen Sicherungssystems im Gesundheitswesen, der dazu geführt hat, dass nahezu die gesamte Bevölkerung einem Versicherungsschutz bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit unterliegt.

Allerdings geben die gravierenden Veränderungen in der Gesundheitspolitik und fortexistierende Strukturängel 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.

## 2. Die Privatisierung von Krankheitskosten

Zu den wichtigsten Entwicklungstendenzen jüngerer Gesundheitspolitik zählt die Privatisierung von Krankheitskosten. Sie 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. Sie soll 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.

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, 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 2006: 218). In der Gesamtsumme der Zuzahlungen sind noch nicht die ausgliederten sowie der vermutlich beachtliche Umfang von informell verweiger-ten Leistungen (siehe hierzu Abschnitt 3) eingerechnet, die Versicherte in vollem Um-fang privat finanzieren müssen.

Aus der Diskussion über die Steuerungswirkung von Zuzahlungen ist bekannt, dass diese 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 Bevölkerungs-gruppen. Die beabsichtigte Steuerungswirkung steht also im Widerspruch zur Sozial-verträglichkeit 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 Inan-spruchnahme durch die Versicherten sind zwei repräsentativen Befragungen zu ent-nehmen: 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 Gesetzes zur Modernisie-rung der gesetzlichen Krankenversicherung – GMG – 11,2 Prozent der Befragten wegen der Praxisgebühr auf einen Arztbesuch verzichtet oder ihn ins 2. Quartal ver-schoben. 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 immer-hin 19,2 Prozent und unter Arbeitslosen sogar 20,9 Prozent (Zok 2005). Die Ergeb-nisse des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung weisen in eine ähnliche Richtung (Gebhardt 2005). Ihm zufolge ist der Anteil derjenigen, die einen Arztbe-such aufgrund der Praxisgebühr vermeiden, in den untersten Einkommensgruppen (bis 999 €) und in den obersten Einkommensgruppen (3.000 € und mehr) am höch-sten. 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.

Allerdings ist die Datenlage nicht frei von Widersprüchen. So ergab eine Wiederho-lungsbefragung durch das WidO im Frühjahr 2005 eine weitgehende Einebnung die-ser Unterschiede (Zok 2005). 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 Ein-führung der Praxisgebühr nicht zu einem Verzicht auf medizinisch notwendige Arztbe-suche geführt hat. Allerdings scheint diese weit reichende Schlussfolgerung durch die Daten nicht gedeckt und steht die Aussage, dass Zuzahlungen nicht zu einem überpro-portionalen Rückgang der Arztbesuche unterer Sozialschichten führt, im Widerspruch zu internationalen Befunden (Holst 2004).

Gesetzliche Sozial- und Überforderungsklauseln in der GKV begrenzen zwar in gewissem Maße die Höhe der individuellen Zuzahlungen. So beläuft sich der Höchstbeitrag 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. Zuzahlungen in Höhe von bis zu 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. Zudem 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 unterschreiten oder die Empfänger bestimmter staatlicher Fürsorgeleistungen waren.

Des Weiteren wird die Privatisierung von Krankheitsrisiken noch durch die Verbreitung so genannter „Wahltarife“ mit Selbstbehalt bzw. Beitragsrückerstattung verstärkt. Bei Selbstbehaltstarifen 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 Krankenversicherungsbeitrags. 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 Selbstbehaltstarifen und Beitragsrückerstattungsmodellen für alle GKV-Versicherten stellen eine Verletzung des Solidarprinzips 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.

### 3. 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 Ausgaben Grenzen 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 Feinststeuerung 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 begründetermaßen 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 Emnid-Erhebung machten 37 Prozent der Befragten Erfahrungen mit Leistungsverweigerungen oder -einschränkungen (Continental 2003). Sie sind 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 Nutzenerwä-

gungen. Dies äußert sich u. a. in der vorzeitigen Entlassung von Patienten, in der Weigerung, Patienten aufzunehmen, und in der Verschiebung von Operationen (Simon 2001).

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 ihr Bedürfnisse in den Institutionen des Gesundheitswesens wirkungsvoll zu artikulieren und durchzusetzen. Aber für eine Verifizierung dieser Vermutung fehlt es an validen Daten.

#### 4. 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 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 (G-BA), 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 G-BA 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).

- 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. 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 Privatpatienten 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.).

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 2007: 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 deutliche längere Wartezeiten in Kauf nehmen als Privatpatienten.

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.

Drittens hat das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Kranken- und Pflegeversicherung im Zusammenwirken mit dem bisherigen Fehlen einer Versicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger zu einer wachsenden Zahl von Nichtversicherten 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 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 Nichtversicherten 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 Nichtversicherten 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 Kranken- und Pflegeversicherungsschutz deutlich verringern wird.

## 5. Gesundheitspolitik und soziale Ungleichheit in der Pflege

Ähnliche, zum Teil noch deutlich stärkere Tendenzen zeigen sich auch in der Pflege. Hier erweist sich vor allem der Geburtsfehler der Pflegeversicherung – ihre Konzipierung als eine nicht bedarfsdeckende Grundsicherung – als eine Quelle sozialer Ungleichheit. 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* Beziehender kleinerer Einkommen härter als Beziehender höherer Einkommen, weil die betreffenden Kosten bei ihnen einen größeren Teil des Einkommens beanspruchen.

Dabei hat die Pflegeversicherung ihren Anspruch, die Betroffenen von der Sozialhilfeabhängigkeit zu befreien, bisher nur unzureichend erfüllt. Zwar ist die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege zwischen 1994 und 2004 um ein gutes Drittel reduziert worden. Aber im Jahre 2004 waren damit immer noch insgesamt knapp 330.000 Personen – und dies bei in den letzten Jahren steigender Tendenz – (Statistisches



Bundesamt 2006b) 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 Kaufkraftverlust der seit 1995 nominal eingefrorenen Leistungen der Pflegeversicherung.

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 um knapp sechs Jahre jüngeren Lebensalter als privat Pflegeversicherte (Yalinkilic 2005). Dies ist zugleich ein deutlicher Hinweis auf die Potenziale zur Prävention von Pflegebedürftigkeit.

Darüber hinaus beeinflusst die finanzielle Situation in vielen Fällen die Bereitschaft der Angehörigen zur häuslichen Pflege. Auch wenn bei dieser Entscheidung unterschiedliche Faktoren eine Rolle spielen, so ist doch unbestritten, dass finanziellen Motiven in vielen Fällen eine ganz entscheidende Bedeutung zukommt. 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.

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.

## 6. Schlussfolgerungen

Die skizzierten Entwicklungstendenzen in der Gesundheitspolitik haben die sozialen und die räumlich-zeitlichen Barrieren zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für Teile der Bevölkerung erhöht. Die Kosten der gesundheitlichen Versorgung 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 ein möglicher Verzicht auf notwendige Leistungen in besonderer Weise sozial Schwache trifft. 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.

In Bezug auf diese Fragen besteht ein erheblicher Forschungsbedarf sowohl in der Krankenversorgung als auch in der Pflege. 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.

### Literatur

- Blinkert, B./Klie, T. (2004): Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen, in: Sozialer Fortschritt, 53. Jg., H. 11-12, S. 319-325
- Braun, B. (2000): Rationierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln?, St. Augustin
- Braun, B. (2004): Erwartungen an die mittelfristige Zukunft der Gesundheitsversorgung. In: Böcken, J./Braun, B./Schnee, M. (Hrsg.) (2004): Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh, S. 122-136
- Continentale (2003): Zusatzversicherung im Mittelpunkt. Eine repräsentative Emnid-Bevölkerungsbefragung der Continentale Krankenversicherung a.G, Dortmund
- Gebhardt, B. (2005): Zwischen Steuerungswirkung und Sozialverträglichkeit – eine Zwischenbilanz zur Praxisgebühr aus Sicht der Versicherten. In: Böcken, J./Braun, B./Schnee, M./Amhof, R. (Hrsg.) (2005): Gesundheitsmonitor 2005. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh, S. 11-31
- Grabka, M. M./Schreyögg, J./Busse, R. (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, S./Walendzik, A./Wasem, J. (2005): Nichtversicherte Personen im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland – Bestandaufnahme und Lösungsmöglichkeiten. Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung, Essen
- Holst, J. (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.
- Nink, K./Schröder, H. (2006): Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes 2005. In: Schwabe, U./Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2006. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare, Berlin, Heidelberg (2007), S. 182-244
- Pfaff, A. B./Busch, S./Rindsfüßer, C. (1994): Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen der Reformgesetzgebung 1989 und 1993 auf die Versicherten, Frankfurt a.M./New York
- Pfaff, A. B./Langer, B./Mamberer, F./Freund, F./Kern, A. O./Pfaff, M. (2003): Zuzahlungen nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) unter Berücksichtigung von Härtefallregelungen. Universität Augsburg, Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe, Beitrag Nr. 253, Augsburg
- Segert, A./Zierke, I. (2005): Regionale Ungleichheiten aus der Perspektive nachhaltiger Regionalentwicklung. Das Beispiel ländlicher Räume in Deutschland, Potsdam
- Simon, M. (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: WZB
- Statistisches Bundesamt (2004): Auskunft gegenüber den Autoren 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
- Yalinkilic, M. (2005) Die Häufigkeitsverteilung der pflegebegründenden Diagnosen in den einzelnen Pflegestufen der privaten Pflegeversicherung, Diss., Frankfurt a.M.
- Zok, K. (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, K. (2007): Warten auf den Arzttermin. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten, in: WidO-Monitor, 4. Jg., H. 1, S. 1-7

*Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger*

Professor für Medizinische Soziologie und Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie  
an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt  
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main, Gerlinger@em.uni-frankfurt.de