

APuZ

Aus Politik und Zeitgeschichte

45/2010 · 8. November 2010



Gesundheit

Paul U. Unschuld

Kranke als Ressource, Gesundheit als Ware

Nils C. Bandelow · Florian Eckert · Robin Rüsenberg

Reform(un)möglichkeiten in der Gesundheitspolitik

Stefan Felder

Ökonomie des Gesundheitswesens: Genese und Optimierung

Kerstin Funk

Gesundheitspolitik in internationaler Perspektive

Uwe H. Bittlingmayer · Diana Sahrai

Gesundheitliche Ungleichheit. Eine ethnologische Perspektive

Thomas Lampert · Thomas Ziese · Bärbel-Maria Kurth

Gesundheitliche Trends in Ost- und Westdeutschland

Detlef Briesen

Was ist „gesunde Ernährung“?

Editorial

Der Gesundheitsmarkt zählt in den meisten Industriestaaten mittlerweile zu den wichtigsten Wirtschaftssektoren. Es wird offenbar immer lukrativer, Kranke und Gesunde zu untersuchen und zu behandeln. Bei einer von betriebswirtschaftlichen Parametern dominierten Sichtweise droht indes auf der Strecke zu bleiben, was Jahrhunderte lang zum hohen gesellschaftlichen Ansehen der Heilkunst und des Arztberufs beigetragen hat: Zeit, Empathie und eine ausschließlich der Gesundheit des Einzelnen und der Allgemeinheit dienende Therapie.

Seit Jahrzehnten wird die Gesundheitspolitik von steigenden Kosten bei stetig schrumpfenden Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen geprägt. Als Hauptgründe für die prekäre Lage des aus dem 19. Jahrhundert stammenden, auf dem Solidaritätsprinzip beruhenden Modells sozialer Sicherung werden immer wieder genannt: steigende Arbeitskosten und immer weniger Erwerbstätige und damit Beitragszahler, der demografische Wandel, der teure medizinisch-technologische Fortschritt und eine höhere Lebenserwartung.

Die jüngste Gesetzesreform bewegt sich auf vorgezeichneten Pfaden. Beitragserhöhungen für Arbeitnehmer und – allerdings gedeckelt – für Arbeitgeber sowie eine Überprüfung des Leistungskatalogs der Kassen sollen den Kollaps eines teuren, verschwundungsanfälligen und wenig transparenten Systems vermeiden und Milliardenlöcher stopfen helfen. Doch mehr Geld bedeutet nicht unbedingt mehr Qualität. Ein Interessengeflecht von Berufsverbänden und Lobbygruppen der Versicherungen, Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker und der florierenden Pharmaindustrie lässt eine nachhaltige Lösung innerhalb des Systems als unwahrscheinlich erscheinen. Mit Steuerung durch mehr Wettbewerbsstrukturen allein dürfte es nicht getan sein.

Hans-Georg Golz

Paul U. Unschuld

Kranke als Ressource, Gesundheit als Ware

Essay

Die Botschaft ist unmissverständlich: Das bisherige Gesundheitswesen war eine unscheinbare, hässliche Raupe. Aus ihr hat sich in natürlichem

Paul U. Unschuld

Dr. phil., Master of Public Health (M. P. H.), geb. 1943; Medizinhistoriker und Sinologe; Direktor des Horst-Görtz-Stiftungsinstituts für Theorie, Geschichte, Ethik Chinesischer Lebenswissenschaften an der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, 10098 Berlin. unschuld@charite.de

Wandel ein wunderschöner Schmetterling entpuppt, welcher der Sonne entgegenfliegt. Aussagekräftiger hätten sich die Gestalter das Titelblatt der Zeitschrift „Gesundheitswirtschaft“ im April/Mai 2007 kaum denken können. „Metamorphose. Aus dem

Gesundheitswesen erwächst die Gesundheitswirtschaft“ lautete die Unterschrift. Nicht in einer Zeichnung, sondern mit Worten hat der „Trendreport Gesundheitswirtschaft“ im April 2010 die Richtung der neuen Dynamik formuliert: „Im expertendominierten Gesundheitsmarkt wird aus Sicht der Akteure gedacht und gehandelt. Zuerst kommt deshalb zunächst einmal immer die eigene Institution. Meine Praxis, mein Krankenhaus, meine Apotheke lautet das Maß aller Dinge.“

Die Alternative kann nur lauten: In Zukunft dürfen im Gesundheitsmarkt weder die Experten noch die Akteure im Zentrum der Entscheidung stehen. Ärzte sind nicht mehr die „Halbgötter in Weiß“, sondern unansehnliche Raupen, die alles in sich selbst hineinfressen. Der Schmetterling, der sich aus der Raupe befreit hat, wird das ändern. Er ist der Investor, der sich aus der Eigensucht der Ärzte und Apotheker befreit und eine sonnige Zukunft verheißt.

Ist das Satire? Kaum. Schon an diesen beiden Mosaiksteinchen wird ein Wandel sichtbar, der sich vor Jahrzehnten andeutete und der nun seine ganze Kraft entfaltet. Es geht um die Reform eines Gesundheitswesens, das den Gesunden als Maß aller Dinge ansah und Krankheit

als einen Zustand, den es zu verhindern, oder doch so schnell wie möglich in Gesundheit zurückzuführen trachtete. Mit der Einführung einer „Gesundheitswirtschaft“ haben wir eine historisch neue Dimension des gesamtgesellschaftlichen Umgangs mit Krankheit und Gesundheit erreicht. Erstmals in der Zivilisationsgeschichte ist der Kranke volkswirtschaftlich mindestens so wertvoll wie der Gesunde. Der Kranke stellt in der Gesundheitswirtschaft einen Wert dar, eine Ressource, und die Frage, wie man damit umgeht, beantwortet sich fast von selbst. Gesunde oder Leichtkranke müssen, so ein krankenkasseninterner Ausdruck, „zielgerichtet verkrankt“ werden, der „HIV-Patient ist“, so ein prominentes Aufsichtsratsmitglied einer privaten Betreibergesellschaft von Krankenhäusern, „ein unheimlich lukrativer Kunde“. Da fragt man sich, wer, außer den Betroffenen selbst, ein Interesse daran haben könnte, dass dieser „lukrative Kunde“ aus dem Gesundheitsmarkt verschwindet.

Gesundheit als Mittel zum Zweck

Es lohnt sich, zurückzublicken. Bis weit in das 18. Jahrhundert hinein war Gesundheit Selbstzweck. Wenige Ärzte wurden an Universitäten ausgebildet und waren vor allem für die Oberschicht verfügbar. Die Obrigkeit beaufsichtigte die Apotheken; vereinzelte amtliche Arzneibücher schrieben Standards in der Zubereitung von Arzneimitteln vor. Gesundheitspolitik im heutigen Sinne existierte nicht. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts änderte sich die Situation. Hatte noch 1741 der Statistiker Johann Peter Süßmilch aus seinen Erhebungen zu Geburt, Krankheit und Tod eine von Gott gegebene Ordnung herauslesen können, so sah der Arzt Johann Peter Frank die Dinge wenige Jahrzehnte später schon ganz anders. Sein mehrbändiges Werk über die „Medizinische Policey“ war nichts anderes als eine erste Forderung nach einer staatlichen Gesundheitspolitik. Nicht Gott, so Frank, sondern der Mensch selbst sei für die Güte und die Länge seines Lebens weitgehend verantwortlich. Das hatten Ärzte schon in der Antike behauptet und damit nicht selten den Konflikt mit der Kirche und der Theologie riskiert.

Zu diesem Beitrag siehe ausführlicher: Paul U. Unschuld, *Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin*, München 2009.

Im späten 18. Jahrhundert nun schenken die Regierenden erstmals den Ärzten ihre Aufmerksamkeit. Franks „Medizinische Policy“ und andere Werke ähnlicher Stoßrichtung hatten direkten Einfluss auf staatliche Politik. Das kam nicht von ungefähr. Fürsten, Könige und Kaiser waren keineswegs unvermittelt von einem humanitären Virus befallen. Die Ursache für den Sinneswandel lag in der Herausbildung der Nationalstaaten in Europa, deren Grenzen sich zunehmend weniger durch fürstliche Heiraten und Erbschaften veränderten. Allmählich bildeten sich feste politische Gebilde heraus, die ihre Stärke einerseits einer schlagkräftigen Armee und andererseits einer produktiven Industrie verdankten. Nicht mehr multinationale Söldnerarmeen bestimmten fortan die Schlachtfelder. Seit der Französischen Revolution war allen militärischen Strategen der Wert der nationalen Begeisterung der jungen Menschen, die sie in den Kampf schickten, bekannt. Diese Menschen konnte man nur aus dem eigenen Land holen – und sie mussten kräftig und gesund sein, um ihren Zweck zu erfüllen. Das war der erste Anreiz für die neue Gesundheitspolitik.

Der Wettbewerb in friedlicheren Zeiten lief über die Produktion der Manufakturen. Die Hierarchie glich einer Pyramide: ganz unten die breite Masse der Arbeiter, darüber mit abnehmender Zahl die Vorarbeiter und leitenden Angestellten und schließlich an der Spitze der Eigner. Rasch erkannten die Mächtigen, dass die Gesundheit der Arbeiter der Grundstein für eine starke Industrie sei. Die bislang dominierende Individualmedizin erfuhr die erforderliche Ergänzung durch den Blick auf die Volksgesundheit. Die Mächtigen sahen einen Sinn darin, der Medizin ein Privileg einzuräumen, das die Heilkundigen nie zuvor gekannt hatten: das Privileg, Fragen an die Herrschenden und an die Besitzenden richten zu dürfen. Es waren unangenehme Fragen, wenn die Ärzte erkannten, dass Lebens-, Arbeits-, Wohn- und Umweltbedingungen die Gesundheit der Allgemeinheit gefährdeten. Dieses Privileg kam einem Mandat an die Ärzteschaft gleich, sich für die gesundheitlichen Belange aller Bevölkerungsschichten einzusetzen, weil für die militärische wie die ökonomische Konkurrenz der europäischen Staaten die Gesundheit aller, ungeachtet der sozialen Schichtzugehörigkeit, von Bedeutung war. Gesundheit war nicht mehr Selbstzweck; Gesundheit wurde

für die Politik Mittel zum Zweck eines starken Nationalstaats.

Aus diesen Zusammenhängen haben die europäische Medizin und das Gesundheitswesen, in dem sie sich entfalten konnte, ihre Kraft gewonnen. Sie waren freilich auch mitverantwortlich dafür, dass das Konzept der Volksgesundheit in Deutschland mit der Vernichtung schließlich ganzer Bevölkerungsteile, die als „Volksschädlinge“ identifiziert worden waren, langfristig desavouiert wurde. Als die wissenschaftliche Beschäftigung mit Risiken, welche die Gesundheit der gesamten Bevölkerung oder größerer Teilgruppen gefährden, wieder aufgenommen wurde, stand nur noch die englische Bezeichnung *public health* zur Auswahl. Verglichen mit etwa den USA freilich, hat sich Public Health in Deutschland ungeachtet des Einsatzes höchst engagierter und auch international anerkannter Wissenschaftler nie aus einer marginalen Bedeutung lösen können. Die so genannten Schools of Public Health fristen ein Schattendasein am Rande der medizinischen Fakultäten. Die Individualmedizin nutzte nach dem Krieg in Westdeutschland die Gunst der Stunde und überführte viele der Maßnahmen, die zuvor in Gesundheitsämtern zur Anwendung kamen, in die private ärztliche Praxis. Der Blick in die DDR, wo der Sozialismus weniger Probleme mit der Fortführung von Gesundheitsaktionen unter staatlicher Anleitung hatte, konnte nie einen Anreiz in der Bundesrepublik entfalten; die Individualmedizin verknüpfte sich im öffentlichen Bewusstsein erfolgreich mit dem Grundwert einer freiheitlichen Gesellschaftsordnung.

Die eigentliche Ursache für die Unfähigkeit der Idee einer Public Health, in Deutschland eine starke Position zu erlangen, liegt freilich tiefer. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts sind die Beweggründe entfallen, die in den mehr als 150 Jahren zuvor die Gesundheitspolitik bestimmt und das deutsche Gesundheitswesen zu einem weltweit bewunderten Vorbild gemacht hatten. Alle großen europäischen Staaten hatten diese Entwicklung mehr oder weniger modifiziert mitgetragen. Doch die Staaten benötigen nicht mehr Millionen kräftiger junger Männer, um sie in Angriffs- oder Verteidigungskriege zu schicken; kleine militärische Einheiten werden heute hier oder dort, in Europa oder am Hindukusch, eingesetzt, um die Interessen der Politik zu verfolgen. Und auch das Ziel, der Industrie eine kräftige Arbeitneh-

merschaft zur Verfügung zu stellen, hat für die Politik ihren Reiz verloren. Die Staaten haben nicht zu wenige, sondern, so zynisch das klingen mag, zu viele gesunde Männer und Frauen, die nach Arbeit suchen, aber keinen Platz mehr in den herkömmlichen Produktionsstätten finden, da diese gar nicht mehr existieren.

Gesundheit als Ware

Wer also glaubt, die Gesundheit der Bevölkerung müsse weiterhin im Zentrum politischer Bestrebungen stehen, ist naiv. Der Druck auf die Politik, die Gesundheit aller zu gewährleisten, wenn nicht sogar zu erzwingen, ist gesunken und hält sich bestenfalls dort, wo es darum geht, die Gesunden, etwa beim Nichtraucherschutz, vor gesundheitsgefährdenden Handlungsweisen anderer zu schützen. Doch die etwa HIV-Infizierten eingeräumte Freiheit, selbstverantwortlich mit dem Virus umzugehen, zeigt, dass der in solchen Situationen in früheren Zeiten angewandte autoritäre Zwang heute ungeachtet der Mahnung von Virologen keine Anwendung mehr finden kann. Das gesundheitsfördernde Verhalten wird zunehmend in die Hände des Individuums zurückgeführt, und da der einzelne Bürger meist nicht die Kompetenz besitzt, sich gesundheitsbewusst zu verhalten, wären Ärzte und Apotheker die beiden zentralen Expertengruppen für die Beratung, Betreuung und Behandlung der Kranken sowie derer, die gar nicht erst krank werden möchten.

Aber so läuft es nicht. Gesundheit als Mittel zum Zweck des starken Nationalstaats ist heute politisch irrelevant. Gesundheit wird wieder Selbstzweck, und es steht jedem frei, seinen privaten Mitteln entsprechend diese Gesundheit zu erwerben. Hier liegt der Kern der neuen Zeit: Gesundheit wird zur Ware, die ein Gesundheitsmarkt feilhält. Es zeigt sich, dass dieser Markt seine eigenen Strukturen und Prioritäten schafft. Wie in jedem anderen Markt sind Umsatz und Rendite auch im Gesundheitsmarkt durch Absatz fördernde Maßnahmen stetig auszuweiten.

Die Industrie, die mit diagnostischen und therapeutischen Verfahren den Markt beschickt, sieht das nicht ungerne. Störend wirken hier freilich die im alten System zentralen Gesprächspartner der Patienten oder Ratsuchenden, das sind Ärzte und Apotheker. Folglich kann man eine kontinuierliche Verdrängung,

deutlicher gesagt: Entmündigung dieser beiden Berufsgruppen beobachten. Sie stören, weil sie ausgebildet wurden, ihre medizinisch-fachliche und ethische Kompetenz an vorderster Stelle in den Dienst des Patienten zu stellen, nicht aber die Investorenrendite. Indem die Vorkämpfer einer Gesundheitswirtschaft für sich beanspruchen, erstmals die „Patientensouveränität“ ernst zu nehmen, schaffen sie sich den Rahmen, an Ärzten und Apothekern vorbei direkt auf die Kunden einzuwirken. Die Zerstörung der traditionellen deutschen Apothekenstruktur folgt diesem Prinzip. Mit der Einführung der Kettenapotheken wird die Autorität über die Beratung der Kunden und die Abgabe von Arzneimitteln der Entscheidung des einzelnen Apothekers entzogen und den Renditezielen der Investoren untergeordnet.

Die Ärzteschaft geht diesem Status der Abhängigkeit mit derselben Geschwindigkeit entgegen. Die Werbung für rezeptpflichtige Arzneimittel ist folgerichtig nun auch in der Laienpresse erlaubt. Der so beeinflusste Laie kann Druck auf die Ärzte ausüben. Der Zwang in Chefarztverträgen, jährlich vier bis fünf Prozent zur Umsatzsteigerung beizutragen, die Vorgaben des Fallpauschalensystems nach DRG (*Diagnosis Related Groups*) und viele andere Neuerungen mehr treiben die Ärzteschaft zunehmend in die professionelle Unfreiheit. Die wichtigen Entscheidungen werden von anderen getroffen – von einer Koalition von Kräften, die kein Interesse daran haben, alte Strukturen zu erhalten, und stattdessen das Heil in der Gesundheitsmarktwirtschaft sehen.

Das in der Vergangenheit mühsam erworbene Vertrauen des Patienten, dass ein Eingriff zur Vorbeugung oder Therapie aus seinem besten medizinischen Interesse und nicht aus kommerziellen Erwägungen vorgenommen wird, geht im Gesundheitsmarkt zunehmend verloren, und es gibt keine politische Instanz, die dem Einhalt gebieten möchte. Die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung mag in ökonomisch irrelevanten Nischen weiter existieren – das System als Ganzes kennzeichnet sie nicht mehr. Die Nichtbeachtung der Aufrufe zu einer Impfung gegen die „Schweinegrippe“ zeigt, wie schnell es weite Teile der Bevölkerung gelernt haben, staatlichen Vorgaben zu misstrauen. Der Schmetterling, so steht zu erwarten, wird eher zu einer hässlichen Raupe werden als umgekehrt.

Nils C. Bandelow · Florian Eckert ·
Robin Rüsenberg

Reform(un)möglichkeiten in der Gesundheitspolitik

Das Politikfeld Gesundheit steht unter ständigem Veränderungsdruck – und wird zugleich durch besondere Beharrungskraft geprägt. Wirtschaftlicher, gesellschaftlicher, medizinisch-technischer und politischer Wandel sowie die Alterung der Bevölkerung führen regelmäßig zu Forderungen nach grundlegenden Veränderungen. Wird jedoch gehandelt und werden Reformvorhaben in Gang gesetzt, ist Widerstand programmiert: „Die Gesundheitspolitik ist in allen Industrieländern sicherlich das schwierigste, konfliktreichste und zugleich emotionalste politische Thema“,¹ umreißt Bundeskanzlerin Angela Mer-

Nils C. Bandelow

Dr. rer. soc., geb. 1967; Professor für Politikwissenschaft an der TU Braunschweig, Bienroder Weg 97, 38106 Braunschweig.
nils.bandelow@tu-braunschweig.de

Florian Eckert

Dr. phil., geb. 1977; wissenschaftlicher Mitarbeiter eines Bundestagsabgeordneten, Berlin.
eckert.florian@gmx.net

Robin Rüsenberg

Dipl.-Pol., geb. 1980; Referent im Stabsbereich Politik eines Verbandes in Berlin.
robin.ruesenberg@web.de

kel die Herausforderungen, die in Deutschland besonders groß sind. Bis Ende der 1980er Jahre sind regelmäßig alle Versuche grundlegender Reformen gescheitert. Die Schwierigkeit, Reformen umzusetzen, kann dem politischen System und den Interessenkonstellationen des Politikfelds zugeschrieben werden: Koalitionsregierungen, der spezifische deutsche Föderalismus und die starken Interessenverbände sowie deren besondere Rolle im Rahmen von Selbstverwaltung und korporatistischer Einbindung verhinderten demnach weitergehende Reformentwürfe.²

Doch es zeichnet sich ein Wandel ab: Sowohl das deutsche politische System als auch die Strukturen und Konstellationen der Ge-

sundheitspolitik haben sich zuletzt wesentlich verändert – es gibt neue Akteure, Interessen, Entscheidungsarenen und Beteiligungsmöglichkeiten, welche die traditionelle Entscheidungsfindung zumindest ergänzen.³ Dies führt zur Frage, ob diese Veränderungen zum Lösen der Blockaden geführt haben. Um diese Frage zu beantworten, werden wir zunächst die historisch gewachsenen Besonderheiten des Politikfelds Gesundheit in Deutschland im Hinblick auf die politische Steuerbarkeit untersuchen. Anschließend werden Veränderungen des politischen Umfelds und des Gesundheitssystems analysiert, bevor der Ausblick die besondere Situation für Reformvorhaben im Politikfeld Gesundheit in den kommenden Jahren beschreibt.

Stabile Blockaden und Umbau in kleinen Schritten

Die jahrzehntelangen Reformblockaden in der Gesundheitspolitik sind einerseits auf Eigenschaften des Politikfelds zurückzuführen, andererseits haben die besonderen Strukturen gesundheitspolitischer Interessenvermittlung und Entscheidungsfindung in Deutschland die Blockaden verstärkt. Grundsätzlich gilt: Das Gut „Gesundheit“ hat bei den meisten eine hohe Präferenz – mit hoher Wahrscheinlichkeit werden wir alle früher oder später zu „Teilnehmern“ am Gesundheitsmarkt. Das öffentliche Erregungspotential in diesem Politikfeld ist deshalb besonders groß. Die klassische Rolle als Sicherungssystem im sozialen Notfall – für deren Versagen sich Regierungen bei Wahlen verantworten müssen – wird ergänzt durch die wachsende Bedeutung als Wirtschaftsfaktor und Arbeitgeber. Gesundheitspolitische Entscheidungen betreffen potenziell die physische Existenz aller und die wirtschaftliche Grundlage vieler.⁴

¹ Interview mit Bundeskanzlerin Angela Merkel, in: Kölner Stadt-Anzeiger vom 6. 3. 2010.

² Vgl. Bernd Rosewitz/Douglas Webber, Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt/M. 1990.

³ Vgl. mit einer umfassenden Analyse: Nils C. Bandelow/Florian Eckert/Robin Rüsenberg (Hrsg.), Gesundheit 2030. Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft, Wiesbaden 2009.

⁴ Vgl. Jutta Hoffritz, Gesundheit – kein Produkt wie jedes andere, in: APuZ, (2003) 33–34, S. 3–5.

Im Vergleich zu anderen Branchen wird dem Gesundheitswesen durch den medizinisch-technischen Fortschritt ein erhöhter Finanzbedarf prognostiziert. Diesen Effekt können demografische Entwicklungen verstärken – wengleich der Zusammenhang zwischen Demografie und Gesundheitsausgaben komplizierter ist, als dies in politischen Reden oft anklingt.

Die Folge ist eine besondere Intensität der Einflussnahme von Interessenvertretern aus der Pharmaindustrie, den Kassenärzten, Krankenhausträgern, Hilfsmittelherstellern, Apothekern, Krankenkassen, privaten Krankenversicherungen und anderen Bereichen der Gesundheitswirtschaft. Dabei treffen gegensätzliche Interessen und Ziele aufeinander, die keine gleichzeitige Optimierung zulassen. Das führt dazu, dass kontinuierlich für Teilbereiche des Gesundheitswesens zusätzliche finanzielle Mittel gefordert werden – bei begrenzten Ressourcen. Gesundheitspolitik befindet sich so im konstanten Spannungsfeld zwischen finanzierungsseitigen *Worst-Case*- und wachstumsseitigen *Best-Case*-Erwartungen.

Deutschland steht prototypisch für ein wohlfahrtsstaatliches System Bismarck'scher Prägung: In Abgrenzung zu rein staatlichen oder marktwirtschaftlichen Gesundheitssystemen erfolgt die Steuerung des Krankenversorgungssystems über das Modell der „Gemeinsamen Selbstverwaltung“, also der Verantwortungsübernahme vor allem von Krankenkassen und Vertragsärzten nach gesetzlich festgelegten Regeln. Die Finanzierung basiert überwiegend auf Beiträgen aus abhängiger Lohnarbeit, die von Beschäftigten und Arbeitgebern aufgebracht werden. Das traditionelle Normalarbeitsverhältnis als finanzielle Grundlage des Krankenversicherungssystems ist in den vergangenen Jahren erodiert: Sinkende Realeinkommen, anhaltende Massenarbeitslosigkeit sowie der Rückgang sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung wurden so auch zum Problem des Gesundheitswesens. Ohne politische Eingriffe droht ein kontinuierlicher Anstieg der Beitragssätze und Lohnnebenkosten. Beides bewirkt politische Konflikte – aber auch jede Maßnahme zur Steigerung der Finanzierbarkeit produziert politischen Widerstand.[¶]

¶ Vgl. Nils C. Bandelow, Chancen einer Gesundheitsreform in der Verhandlungsdemokratie, in: APuZ, (2003) 33–34, S. 14–20.

Zwar kann ein steigender Steueranteil die Krankenversicherung stabilisieren, doch vor dem Hintergrund steigender Staatsverschuldung ist die Basis einer solchen Finanzierung ungesichert. Geht man indes den Weg der Privatisierung von Gesundheitsausgaben durch Leistungskürzungen, höhere Zuzahlungen oder andere Formen der Differenzierung von Leistungen, konkurriert man mit dem umfassenden Solidaritätsverständnis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und weiter Teile der Bevölkerung. Gesundheitsleistungen sollen – so der normative Anspruch – unabhängig von sozialem Status und Krankheitszustand allen zur Verfügung gestellt werden.

Gesundheitspolitik als spezielle Kunst

Die Finanzierbarkeit ist nicht die einzige Herausforderung. Gesundheitspolitik ist komplex. Es geht immer um die Frage, welche Maßnahme welche Folgen für die Versorgung hat. Das führt dazu, dass medizinischem, pharmazeutischem und anderem professionellen Sachverstand besondere Bedeutung zukommt. Politische Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit müssen Experten vertrauen, deren Urteil oft widersprüchlich ist. Das liegt nicht nur daran, dass sich Wirkungen therapeutischer Maßnahmen auf unterschiedliche Individuen schwer verallgemeinern lassen. Problematisch ist auch eine mögliche enge Verflechtung der zugrundeliegenden wissenschaftlichen Forschung mit Einzelinteressen des Gesundheitswesens.

Allerdings fließt nicht nur medizinische Expertise in gesundheitspolitische Entscheidungen ein: Auch die Gesundheitsökonomie hat prägenden Einfluss, so zuletzt insbesondere durch die Idee der Einführung wettbewerblicher Elemente ins Gesundheitssystem. Anders als in anderen Politikfeldern – etwa in der Klimapolitik – hat sich in den Gesundheitswissenschaften keine Problemsicht wissenschaftlich eindeutig durchsetzen können. Daher können sich unterschiedliche und sogar gegensätzliche politische Strategien gleichermaßen auf fachlich etablierten Sachverstand stützen. Wissenschaftler werden dadurch einerseits unverzichtbare Teilhaber gesundheitspolitischer Entscheidungen, können andererseits aber keine technokratischen Konzepte bieten,

mit denen sich politische Konflikte wissenschaftlich entscheiden ließen.

Gesundheitspolitische Entscheidungen sachverständig zu treffen, politisch durchzusetzen und überzeugend zu kommunizieren ist daher eine spezielle Kunst. Das langjährige Muster der Gesundheitspolitik war geprägt von inkrementellen, also schrittweisen Veränderungen. Mit der Stärkung des Wettbewerbs durch das Gesundheitsstrukturgesetz des legendären Lahnsteiner Kompromisses von 1992 – zwischen CSU-Gesundheitsminister Horst Seehofer und der oppositionellen SPD – begann aber ein langfristiger Umbau nicht nur des Gesundheitswesens selbst, sondern vor allem auch der Interessenvermittlung und Entscheidungsfindung in diesem Politikfeld. Mit Lahnstein gewann Wettbewerb deutlich an Bedeutung, so etwa durch Einführung der freien Kassenwahl.⁶ Ziel der Politik war es dabei, Effizienz und Effektivität der Krankenversorgung zu erhöhen. Angesichts dieses Paradigmenwechsels zu mehr Wettbewerb sprechen manche Beobachter von einer schleichenden Abkehr vom System Bismarck.⁷ In der Folge haben ursprünglich dominierende Verbände, insbesondere die Kassenärztlichen Vereinigungen, an Einfluss verloren. Neue Akteure entstanden, während alte Bündnisse erodierten. Auch das Verhältnis von Bund und Ländern in der Gesundheitspolitik hat sich in den vergangenen 20 Jahren wesentlich verändert.

Dynamisierung und Pluralismus

Die Veränderungen im Politikfeld Gesundheit waren und sind nicht nur das Ergebnis langfristig wirkender Reformmaßnahmen. Auch die politischen Rahmenbedingungen sind einem kontinuierlichen und tiefgehenden Wandel unterworfen. Dabei sind zunehmend komplexe und dynamische Netzwerke und Arenen entstanden. Diese können die auf

⁶ Vgl. Ingo Bode, *Disorganisierte Governance und Unterprivilegierung. Die Konsequenzen neuer Steuerungsformen in der gesetzlichen Krankenversicherung*, in: Ute Clement et al. (Hrsg.), *Public Governance und schwache Interessen*, Wiesbaden 2010, S. 27–46.

⁷ Vgl. Thomas Gerlinger/Rolf Schmucker, *A Long Farewell to the Bismarck System: Incremental Change in the German Health Insurance System*, in: *German Policy Studies*, 5 (2009) 1, S. 3–20.

Stabilität und Berechenbarkeit ausgerichteten Strukturen der alten Bundesrepublik ergänzen. Gerade in der Gesundheitspolitik ersetzen sie diese aber auch. Dabei sind unterschiedliche, teils gegenläufige Veränderungen zu beobachten.

Verstaatlichung und Zentralisierung. Trotz der von fast allen Parteien offiziell vertretenen Strategie der Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitssystem ist der Einfluss der Bundesregierung hoch und wachsend. Das ist nicht zuletzt dem Umstand geschuldet, dass – anders als in anderen Branchen – nicht der Markt, sondern die Politik notwendige Anpassungen an veränderte Rahmenbedingungen vornimmt.⁸ So wird die Krankenversicherungspolitik in besonderer Weise von der Exekutive dominiert, was auf die Komplexität der gesundheitspolitischen Materie zurückzuführen ist, die dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Fachkompetenz seiner Ministerialverwaltung eine Schlüsselstellung zuweist. Das Haus ist Regisseur aller Reformbemühungen, eine gesundheitspolitische Steuerung gegen das Ministerium ist schlicht nicht möglich.⁹ Ungeachtet dessen erhöhte sich die Steuerungskompetenz in jüngster Zeit jedoch noch weiter: So hat die Regulierungskompetenz insbesondere mit der Gesundheitsreform 2007 einen weiteren Schub erfahren.¹⁰ Zwar ist dies in einem Politikfeld mit komplizierten Entscheidungssträngen und notwendigem Spezialistentum nicht ungewöhnlich. Dennoch hat sich nicht zuletzt durch die Zentralisierung der Finanzierung, verbunden mit steigenden Steuerzuschüssen und einer teilweise umfassend interpretierten Rechtsaufsicht über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA),¹¹ der Einfluss der Bundesregierung beträchtlich

⁸ Vgl. Hartmut Reiners, *Mythen der Gesundheitspolitik*, Bern 2009, S. 10.

⁹ Vgl. Robert Paquet, *Motor der Reform und Schaltzentrale: Die Rolle des Bundesministeriums für Gesundheit in der Gesundheitsreform 2007*, in: ders./Wolfgang Schroeder (Hrsg.), *Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform*, Wiesbaden 2009, S. 32–49.

¹⁰ Vgl. Nils C. Bandelow/Florian Eckert/Robin Rösenberg, *Parteiherrschaft oder Bürokratisierung? Gesundheitsreformen und politische Entscheidungsfindung im Fünf-Parteien-System*, in: dies. (Anm. 3), S. 275–285.

¹¹ Vgl. z.B. Bundessozialgericht (BSG), *Rechtsaufsicht statt Fachaufsicht des BMG gegenüber GBA*, in: *Medizinrecht*, 28 (2010) 5, S. 347–359.

erhöht. Durch Zusammenschlüsse von Krankenkassen über die Grenzen von Bundesländern hinweg ist auch in diesem Bereich die Aufsichtskompetenz des Bundes gegenüber den Landesverwaltungen gestiegen. Die Bundesländer bleiben jedoch unter anderem über die Krankenhausplanung in die gesundheitspolitische Steuerung eingebunden.

Wandel des Korporatismus. Vor allem die ambulante Versorgung wird traditionell über Kollektivverhandlungen zwischen Ärztenverbänden und den Krankenkassen im Rahmen der Selbstverwaltung gelenkt und gilt als Prototyp korporatistischer Steuerung.¹² Dieser bereichsspezifische Korporatismus ist durch die Einführung des Wettbewerbs unter Druck geraten: Mit zunehmenden Verträgen zwischen einzelnen Kassen und Ärztegruppen nimmt nicht nur die Zahl der gesundheitspolitisch bedeutsamen Akteure zu – auch die Frage nach der Zukunft des Korporatismus stellt sich. Dabei ist das Gesundheitssystem keineswegs vollständig auf wettbewerbliche Steuerung umgestellt. Wettbewerb findet bisher fast nur zwischen den Krankenkassen und im ambulanten Bereich statt. Kollektive Vereinbarungen, die für ganze Versorgungsektoren Gültigkeit haben, werden zwar geschwächt, nicht aber abgelöst – es ist vielmehr seit 2004 mit der Errichtung des G-BA und 2007 des GKV-Spitzenverbands eine Zentralisierung von Steuerungsaufgaben zu beobachten. Vor allem dem G-BA als „kleinem Gesetzgeber“ kommt bei der Ausgestaltung der Versorgung Bedeutung zu. Durch die zunehmende Wettbewerbsorientierung wird die Politik jedoch nicht entlastet, im Gegenteil: Um eine qualitative und flächendeckende Versorgung sicherzustellen, wird die staatliche Regulierung ausgeweitet, die Frage angemessener politischer Steuerung stellt sich erneut. Liberalisierung wird begleitet von Regulierung.

Gewachsene wirtschaftliche Bedeutung. Die Gesundheitsbranche wird zum Wachstums- und Beschäftigungsmotor, die sich selbst in der jüngsten Wirtschaftskrise kraftvoller als andere Sektoren entwickelt hat. Ein Ende ist nicht absehbar. Analysen zufolge können der Anteil der Gesundheitswirt-

¹² Vgl. Rolf Rosenbrock/Thomas Gerlinger, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern 2009².

schaft am Bruttoinlandsprodukt bis 2020 von heute etwa zehn auf fast 13 Prozent und die Zahl der Beschäftigten von rund fünf auf sieben Millionen Menschen wachsen.¹³ Gesundheitspolitische Entscheidungen und Reformbemühungen betreffen folglich nicht nur sozialpolitisch Versicherte und Patienten sowie Ärzte und Krankenhäuser, sondern darüber hinaus zunehmend wirtschaftspolitisch auch (internationale) Unternehmen und Beschäftigte. Dies stellt die traditionelle Gesundheitspolitik vor Herausforderungen, da die GKV-Ausgaben zwar Kern einer größeren Gesundheitswirtschaft sind, zugleich aber nicht wirtschaftspolitischen Zielsetzungen dienen können.

Wandel des Parteiensystems. Auch Makro-Trends der Parteienlandschaft wirken sich unmittelbar auf gesundheitspolitische Gestaltungsmöglichkeiten aus: Die Herausbildung eines Fünfparteiensystems, wie es 2009 erneut bestätigt wurde, stärkt kleinere Parteien, während große an Kraft verloren haben.¹⁴ Dies verändert nicht nur Koalitionsbildungen, sondern erschwert auch die Entscheidungsfindung und Reformdurchsetzung in der Gesundheitspolitik. Verhandlungsbedingungen früherer Reformen – zumeist formelle oder informelle Große Koalitionen (wie bei den Einigungen 1992, 2003 und 2007) unter Ausschluss der kleineren Koalitionspartner – sind nicht mehr unbedingt ausreichend. Vor allem die Mehrheitsbeschaffung im Bundesrat lässt bei der neuen Vielfarbigkeit von Länderexekutiven eine andere gesundheitspolitische Themenakzentuierung als in der Vergangenheit durchaus möglich werden.¹⁵ Parteien nehmen bei der Steuerung des Gesundheitswesens aber keine zentrale Rolle ein. Dies ist schon mangelnden fachlichen Kapazitäten geschuldet. Gerade die erstmalige Übernahme des Gesundheitsministeriums durch die FDP stärkt liberale Positionen in der Gesundheitspolitik, da sich die fachlichen Ressourcen durch den administrativen

¹³ Vgl. TU Berlin/Roland Berger/BASYS, Erstellung eines Satellitenkontos für die Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (BMWi), Berlin 2009.

¹⁴ Vgl. Frank Decker, Koalitionsaussagen und Koalitionsbildung, in: APuZ, (2009) 51, S. 20–26.

¹⁵ Vgl. Nils C. Bandelow/Florian Eckert/Robin Rösenberg, Gesundheitspolitik neu gemischt, in: Gesundheit und Gesellschaft, 13 (2010) 4, S. 48f.

Unterbau perspektivisch um ein Vielfaches erweitern.

Zersplitterung der Interessenvertretung. Kaum ein anderes Politikfeld verzeichnet ein vergleichbares Aufeinandertreffen gut organisierter Interessen wie die Gesundheitsbranche.¹⁶ Im Verlauf der Jahrzehnte hat sich die Zahl der Akteure trotz gleichzeitiger Zentralisierungstendenzen vervielfacht. Die Konkurrenz um knappe Ressourcen und die Änderung der politischen Rahmenbedingungen erzeugen kontinuierlich Verteilungskämpfe innerhalb ehemals homogen vertretener Interessengruppen. Inzwischen konkurrieren alte und neue Ärzteverbände um Einfluss. Auch die Pharmaindustrie wird mittlerweile von sieben teils konkurrierenden Verbänden vertreten. Neben den Verbänden unterhalten zunehmend auch Unternehmen, vor allem aus dem Pharmabereich, Lobby-Abteilungen in Berlin. Hinzu kommen Public-Affairs-Agenturen und Kanzleien, deren Bedeutung für politische Entscheidungen schwer einzuschätzen ist. Das Ergebnis der Pluralisierung und Fragmentierung der Interessenvertretung ist ein unübersichtliches Netzwerk starker und schwacher Interessen. Teilweise lassen sich neue Übereinstimmungen und Koalitionen feststellen, etwa bei Fragen der Qualitätsorientierung.¹⁷ Aber auch die alten Bündnisse und das traditionelle Lobbying haben ihre Bedeutung nicht verloren und üben weiterhin Einfluss auf die Inhalte von Reformen aus.

Neue kommunikative Muster. Ungeachtet des immer noch starken Einflusses gut organisierter Interessen auf die Gesundheitspolitik im Verborgenen rückt die strategische Kommunikation gesundheitspolitischer Themen verstärkt ins Licht der Öffentlichkeit. Medienlandschaft und -nutzung befinden sich im Wandel. Wie schon bei der Gesundheitsreform 2007 zu beobachten war, hat sich der Kreis von Journalistinnen und Jour-

nalisten mit gesundheitspolitischer Expertise ausdifferenziert, und die Nutzung klassischer Medien nimmt zugunsten schneller, internetbasierter Information ab – wenngleich Politik und Exekutive nach wie vor Print- und TV-Medien zur Eigendarstellung bevorzugen. Im Ergebnis entstehen Teilöffentlichkeiten mit eigenen Rezeptionsgewohnheiten, die zugleich weniger hierarchisch steuerbar sind. Ein neuer Vermittlertypus, der „Bürger-Journalist“, entsteht.¹⁸ Wesentlich für diese Entwicklung ist der Anstieg von sozialen Netzwerken im Internet (z. B. Twitter und Facebook). Diese Erweiterung des Kommunikationsreservoirs ist vor allem für „schwache“ Interessen relevant: Patienteninteressen können leichter Gehör finden.¹⁹ Die neuen Medien tragen so zu einem öffentlichen Gegengewicht und inhaltlichen Perspektivwechsel der Gesundheitspolitik bei. Parallel versuchen auch Apotheker, Ärzte und Krankenhäuser durch die öffentliche Instrumentalisierung von Patienteninteressen ihren Interessen zusätzlichen Nachdruck zu verleihen.

Stärkere Patientenorientierung. Patienteninteressen zählten lange Zeit zu den „schwachen“ Interessen in der Gesundheitspolitik: Zu groß war die Heterogenität und zu gering die (finanzielle) Fähigkeit, die eigenen Interessen organisations- und lautstark zu vertreten, was teilweise zu einer engen Industrienähe und -abhängigkeit führte. Da verschärfend hinzukommt, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis asymmetrisch zugunsten des Arztes ausgerichtet ist, verwundert es nicht, dass (eher abstrakte) Patienteninteressen weit weniger einflussreich sind als etwa Ärzteinteressen. Vor allem politische Entscheidungen haben hier jedoch zu einem Kurswechsel beigetragen: So wurde 2004 ein Patientenbeauftragter der Bundesregierung eingesetzt, ferner ausgewählte Patientenverbände (bisher ohne Stimmrecht) in den G-BA integriert, wodurch nicht nur die traditionellen Aushandlungsprozesse verstärkt auf Patienteninteressen nach Qualität und Effizienz der Versorgung zurückgeführt werden konnten – Entscheidungen des G-BA wer-

¹⁶ Vgl. Nils C. Bandelow, Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Korporatismus zum Pluralismus?, in: Politische Bildung, 37 (2004) 2, S. 49–63.

¹⁷ Vgl. Nils C. Bandelow/Florian Eckert/Robin Rüsenberg/Kristina Viciska, Gemeinsam für mehr Qualität? Idealtypische Perspektiven und mögliche Koalitionen für ein Gesundheitswesen 2030, in: N. C. Bandelow et al. (Anm. 3), S. 299–327.

¹⁸ Vgl. Rudolf Speth, Kommunikation von Reformen am Beispiel der Gesundheitsreform 2007, in: R. Paquet/W. Schroeder (Anm. 9), S. 229–236.

¹⁹ Vgl. Nils C. Bandelow/Florian Eckert/Robin Rüsenberg, Interessenvertretung bei 82 Millionen Gesundheitsministern. Kommunikationsstrategien zur Qualitätsorientierung, in: dies. (Anm. 3), S. 286–296.

den zunehmend auch öffentlich diskutiert.^{F²⁰} In dem Maße, wie sich alle Parteien für eine weitere Stärkung der Einbeziehung und Mitbestimmung des Patienten im Versorgungsgeschehen aussprechen und der Wettbewerb im Gesundheitswesen ausgebaut werden soll, rücken entsprechende Interessen deutlicher als in der Vergangenheit in den Mittelpunkt der Versorgung. Auch Patienten sind zunehmend daran interessiert, an medizinischen Entscheidungen beteiligt zu werden und Versorgungsaspekte zu hinterfragen.^{F²¹} Die solidarische Grundausrichtung des Krankenversorgungssystems in Deutschland genießt dabei weiterhin hohe Akzeptanz, wenngleich Umfragen dokumentieren,^{F²²} dass sich Zweifel über dessen Zukunftsfähigkeit mehren – was sich auch auf die gesellschaftliche Legitimität des Gesamtsystems auswirken kann.

Ausblick

Mit seiner Gleichzeitigkeit von hoher Komplexität, hohem Wissensbedarf, multiplen Interessenlagen unterschiedlichster Akteure, hohem Problemdruck sowie fehlender Information bei hoher Sensibilität in der Bevölkerung handelt es sich bei der Gesundheitspolitik um ein hochgradig konfliktträchtiges, aber auch ausgesprochen dynamisches Politikfeld. Die Dynamik betrifft nicht nur Politikinhalte, sondern vor allem die Struktur des Feldes selbst. Dabei ist bei allen Widersprüchen der unterschiedlichen Entwicklungen die politische Problemlösungsfähigkeit insgesamt gestiegen. Drei Entwicklungen haben zum Abbau traditioneller Reformblockaden beigetragen:

1. Durch die Zentralisierung von Kompetenzen wurde der Einfluss des Bundesgesundheitsministeriums gestärkt – zu nennen ist vor allem die Festlegung des allgemeinen Beitragssatzes durch die Bundesregierung

^{F²⁰} Vgl. Stefan Etgeton, Perspektiven der Sicherung und Entwicklung von Qualität und der Einbezug der Patientensicht – ein Zukunftsmodell?, in: N.C. Bandelow et al. (Anm. 3), S. 97–106.

^{F²¹} Vgl. Jan Böcken/Bernhard Braun/Melanie Schnee (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh 2004.

^{F²²} Vgl. z.B. MLP Gesundheitsreport 2009. Einschätzungen von Bürgern und Ärzten zu den Veränderungen im Gesundheitswesen, Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach.

und die sukzessive Erhöhung des Steuerzuschusses zur GKV-Finanzierung.^{F²³}

2. Die Fragmentierung und Pluralisierung der Interessen(-vertretungen) von Leistungsanbietern – als indirekte Folge der 1992 eingeleiteten Politik – trägt dazu bei, die Blockadekraft einzelner Gruppen zu reduzieren. Die Politik hat alternative Ansprechpartner gewonnen, um Maßnahmen mit Betroffenen-Gruppen auszuhandeln.

3. Der Einfluss der Öffentlichkeit wächst – und damit vor allem jener der Versicherten und Patienten. Zumindest Teile der Gesundheitspolitik verlassen die Hinterzimmer. Dabei geraten die gesundheitspolitischen Akteure unter öffentlichen Rechtfertigungsdruck, was Regelungen im Sinne einzelner (Partikular-)Interessen erschwert.

Trotz allem bleibt ein hohes Blockadepotenzial: Gesundheitspolitik ist nach wie vor ein Feld mit vielen mächtigen Interessen, umfassenden Konsenszwängen und sektoral getrennten Versorgungsstrukturen, das weit reichende Veränderungen nur in Ausnahmesituationen erlaubt. Anders als in anderen Politikbereichen trägt hier auch die EU-Ebene nicht zur Überwindung von nationalen Politikblockaden bei, da die Organisation der sozialen Sicherungssysteme (noch) in nationalstaatlicher Kompetenz verblieben ist. Gesundheitspolitik ist die Kunst, es keinem recht zu machen – Entscheidungen, die den Interessen und Werten aller Beteiligten gerecht werden und allgemeine Zustimmung erhalten könnten, sind auf absehbare Zeit nicht in Sicht. Im Gegenteil: Der Ausgleich zwischen den konkurrierenden Interessen und Normen im Rahmen der deutschen Verhandlungsdemokratie bleibt auch zukünftig die reformpolitische Normalstrategie. Das bedeutet aber auch, dass Veränderungen im Politikfeld Gesundheit weiterhin vornehmlich durch eine schrittweise Anpassung stattfinden werden. Die ständigen Reformbemühungen im Politikfeld Gesundheit sind somit nicht unbedingt Ausdruck eines Politik(er)versagens. Sie spiegeln vielmehr bleibenden Anpassungsdruck sowie strukturelle Besonderheiten dieses Feldes wider.

^{F²³} Vgl. Stefan Sell, Gesundheitspolitik der Großen Koalition: Die Suche nach der Goldformel, in: Gesundheit und Gesellschaft, 12 (2009) 7–8, S. 35–41.

Stefan Felder

Ökonomie des Gesundheitswesens: Genese und Optimierung

Unsere Welt ist (leider) kein Schlaraffenland: Dort hätte die ökonomische Theorie keine Daseinsberechtigung, weil alle

Stefan Felder
Dr. rer. pol., geb. 1960; Professor für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Gesundheitsökonomik an der Universität Duisburg-Essen, Schützenbahn 70, 45117 Essen. stefan.felder@uni-due.de

Wünsche – etwa die sprichwörtlichen gebratenen Tauben – augenblicklich in Erfüllung gehen, und das ohne jede Anstrengung und eigenes Zutun. In unserer Welt begrenzter Ressourcen dagegen müssen

Menschen, ob sie wollen oder nicht, Entscheidungen treffen, die Verzicht bedeuten. So sehr man dies aus ethischer Sicht vielleicht wünschen möchte, der Gesundheitssektor ist ebenfalls nicht im Schlaraffenland angesiedelt. Individuen in einer Gesellschaft müssen entscheiden, ob sie Mittel für ihre Gesundheit einsetzen oder doch lieber an anderer Stelle. Vor der gleichen Entscheidung stehen Akteure im Gesundheitssektor selbst: Sie müssen entscheiden, Mittel entweder für Klinik A oder B, für Vorsorgeprogramm C oder D, für Medikament E oder F zu verwenden.

Die ökonomische Theorie ist eine spezielle Verhaltenstheorie, die für Entscheidungen über die konkurrierende Verwendung knapper Ressourcen entwickelt wurde. Menschen stehen nicht nur „in der Wirtschaft“, sondern bei nahezu allen Entscheidungen vor dem gleichen Grundproblem: Sie müssen auch bei Gesundheitsfragen eine Auswahl unter den vorhandenen Handlungsmöglichkeiten treffen. Die Diskussion über die Gesundheitsreform verdeutlicht zudem, dass auch die Gesellschaft insgesamt eine solche Auswahl treffen muss. Die ökonomische Theorie erlaubt es, die optimale Wahl im Hinblick auf individuelle und gesellschaft-

liche Ziele zu charakterisieren. Darüber hinaus kann sie Gesetzmäßigkeiten erklären, beispielsweise, weshalb wir immer mehr für Gesundheit ausgeben.

Mögliche Erklärungen für steigende Gesundheitsausgaben

Die *Tabelle* zeigt die Entwicklung des Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) für einige ausgewählte Länder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und den Zeitraum von 1970 bis 2005. Die USA erweisen sich als Spitzenreiter: Ihre Gesundheitsausgabenquote (Anteil am BIP) betrug im Jahre 2005 15,3 Prozent. Gegenüber dem Jahr 1970 ist dieser Anteil um 119 Prozent gestiegen und hat sich somit mehr als verdoppelt. Deutschland hat seine Quote seit 1970 um 78 Prozent gesteigert und liegt damit exakt im Durchschnitt aller berücksichtigten 22 OECD-Länder. Der aktuelle Wert in Deutschland liegt etwa auf dem Niveau der USA im Jahr 1990. In den vergangenen 15 Jahren war der Anstieg der Gesundheitsausgabenquote in Deutschland im Vergleich zu den anderen OECD-Ländern vergleichsweise gering. In absoluten Pro-Kopf-Größen nimmt Deutschland heute den zehnten Platz ein. Das jährliche Wachstum der Gesundheitsausgaben in den vergangenen 35 Jahren betrug in Deutschland 7,5 Prozent.

Insgesamt stellen wir für alle Länder der OECD einen erheblichen Anstieg der Gesundheitsausgaben fest. Dies gilt unabhängig davon, ob ein Gesundheitssystem eher privatwirtschaftlich organisiert und prämi-finanziert ist wie in den USA, eher planwirtschaftlich funktioniert und steuerfinanziert ist wie im Vereinigten Königreich und in Kanada oder korporatistisch strukturiert und über Lohnbeiträge finanziert ist wie in Deutschland. Diese Tatsache weist eher auf fundamentale Determinanten der Nachfrage nach Gesundheit hin, die ihre Wirkung unabhängig von Organisation und Finanzierung der Bereitstellung entfalten. Sie zeigt im Übrigen auch die Grenzen staatlicher Regulierung im Gesundheitsbereich auf: Offenbar ist selbst das staatliche Gesundheitssystem des Vereinigten Königreichs nicht in der Lage, den Anstieg der Gesundheitsausgaben auf Dauer zu begrenzen.

Die ökonomische Theorie bietet mehrere mögliche Erklärungen für den ständigen Anstieg der Gesundheitsausgaben in der industrialisierten Welt. Prominent und immer wieder vertreten ist die These, dass die Alterung der Bevölkerung die Ausgaben im Gesundheitsbereich treibe. Wenn überhaupt, so vermag sie jedoch nur einen kleinen Anteil des Anstiegs zu erklären. Der Grund hierfür sind die hohen Kosten im Zusammenhang mit dem Sterben: Der Anstieg der Gesundheitsausgaben im Alter ist nicht so sehr dem Alter an sich zuzurechnen, sondern der Tatsache, dass das Zahlenverhältnis von Sterbenden und Überlebenden mit zunehmendem Alter steigt. Ein Anstieg der Lebenserwartung verschiebt die Todesfälle in ein immer höheres Alter und verdichtet sie gleichzeitig auf weniger Jahre, ohne dadurch die Gesamtausgaben für Gesundheit wesentlich zu beeinflussen.

Eine zweite Erklärung stützt sich auf die These, wonach die Nachfrage nach medizinischen Leistungen in erster Linie durch die Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser, Pharmakonzerne) induziert wird. Beispielsweise lässt sich beobachten, dass die Zahl der Arztbesuche von Versicherten besonders in Regionen mit hoher Arztdichte hoch ist. Diese These ist nicht abwegig, aber sie kann bei Weitem nicht den dramatischen Anstieg der Gesundheitsausgaben über Jahrzehnte hinweg erklären.

Eine dritte Erklärungsmöglichkeit liegt im sogenannten Verhaltensrisiko der Versicherten aufgrund der umfassenden Versicherungsdeckung für die Kosten der medizinischen Versorgung. Einfach gesagt gehen wir zu häufig zum Arzt, weil unsere Zuzahlung zu den Kosten des Arztbesuchs so gering ist. Tatsächlich kennen wir aufgrund des Sachleistungsprinzips in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht einmal die Kosten unserer medizinischen Leistungsanspruchnahme. Weshalb sollten wir uns also zurückhalten und nicht so oft zum Arzt gehen? Jedoch hat das Verhaltensrisiko wie auch die angebotsinduzierte Nachfrage immer schon bestanden und kann daher die Veränderung über die Zeit in den Gesundheitsausgaben ebenfalls nicht erklären.

Eine vierte Erklärung setzt bei Unterschieden in der Produktion zwischen der Gesund-

Tabelle: Entwicklung der Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt in Prozent, 1970 bis 2005 (ausgewählte Länder)

	1970	1980	1990	2000	2005
Belgien	3,9	6,3	7,2	8,6	10,3
Deutschland	6,0	8,4	8,3	10,3	10,7
Finnland	5,5	6,3	7,7	6,6	7,5
Frankreich	5,4	7,0	8,4	9,6	11,1
Irland	5,1	8,3	6,1	6,3	7,5
Island	4,7	6,3	7,8	9,3	9,5
Kanada	6,9	7,0	8,9	8,8	9,8
Neuseeland	5,1	5,9	6,9	7,7	9,0
Norwegen	4,4	7,0	7,6	8,4	9,1
Österreich	5,2	7,5	7,0	10,0	10,2
Portugal	2,5	5,3	5,9	8,8	10,2
Schweden	6,8	9,0	8,3	8,4	9,1
Schweiz	5,5	7,4	8,3	10,4	11,6
Spanien	3,5	5,3	6,5	7,2	8,2
USA	7,0	8,8	11,9	13,2	15,3
Vereinigtes Königreich	4,5	5,6	6,0	7,3	8,3

Quelle: OECD, Gesundheitsdaten 2007.

heits- und der übrigen Wirtschaft an. Während die Wirtschaft insgesamt durch eine stetig steigende Kapitalintensität der Produktion gekennzeichnet ist, sind in der Gesundheitswirtschaft dem Ersatz von Arbeitskräften durch Kapital enge Grenzen gesetzt. Da aufgrund der zunehmenden Kapitalintensität die Löhne steigen, müssen daher – so das Argument – die Kosten im Gesundheitsbereich stärker steigen als in der übrigen Wirtschaft. Diese These konnte empirisch bestätigt werden; sie erklärt aber nur maximal zehn Prozent des Gesamtanstiegs der Gesundheitsausgaben. Es wird geschätzt, dass die genannten vier Gründe zusammen etwa ein Viertel des säkularen Anstiegs der Gesundheitsausgaben erklären können.

Ist es schließlich der technische Fortschritt in der Medizin, der das Wachstum des Gesundheitssektors treibt? Unbefriedigend an dieser sehr verbreiteten Erklärung ist, dass sie die Präferenzen der Menschen nicht berücksichtigt. Richtig ist zwar, dass sich die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Medizin laufend verbessern. Aber ohne eine hinreichende Nachfrage nach der neuen Medizin könnte sich das Angebot letztlich nicht realisieren. Es muss also nachfrageseitige Gründe für die

sprunghafte Entwicklung der Gesundheitsausgaben geben.

Höheres Einkommen, höhere Gesundheitsausgaben – aber auch mehr Gesundheit?

Das fehlende Glied in der Kette der Erklärung kann ein ökonomisches Standardmodell liefern: Falls der Grenznutzen des Konsums bei zunehmendem Einkommen hinreichend stark fällt, steigt die optimale Gesundheitsausgabenquote über die Zeit. Der Konsum wächst ebenfalls, aber weniger schnell als die Gesundheitsausgaben. Die Begründung hierfür ist ein mit dem Einkommen steigender Wert von Gesundheit und Leben. Wenn die Menschen reicher werden, kaufen sie vor allem mehr Gesundheit und ein längeres Leben und weniger zusätzlichen Konsum. Künftig weiter steigende Einkommen werden somit zunehmend für Gesundheit ausgegeben. Für die USA gibt es seriöse ökonomische Studien, die eine Ausgabenquote für Gesundheit von 40 Prozent im Jahre 2050 prognostizieren. Der treibende Faktor in dieser Schätzung ist die hohe Einkommenselastizität der Nachfrage nach Gesundheit.

Nun stellt sich allerdings die Frage, ob mehr Gesundheit und ein längeres Leben tatsächlich durch höhere Ausgaben erreicht werden können. Milton Friedman, Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften, bezeichnete den Gesundheitssektor als das „schwarze Loch“ der Volkswirtschaft: Dieser Sektor verschlinge immer mehr Ressourcen, ohne einen spürbaren Zuwachs an Output zu realisieren. Diese fatalistische Sichtweise, die einst von vielen Ökonomen geteilt wurde, ist mittlerweile aufgrund vieler neuer Untersuchungen der Einsicht gewichen, dass die zusätzlichen Ausgaben im Gesundheitsbereich die Lebenserwartung und die Lebensqualität der Bürger deutlich verbessert haben. Insbesondere neue Behandlungen von Erkrankungen am Anfang und am Ende der Lebensspanne eines Menschen haben zu einer deutlichen Reduktion der Sterblichkeit geführt und damit zu einer höheren Lebenserwartung beigetragen. Zudem revolutionieren neue Arzneimittel die Behandlung von psychisch Erkrankten und verbessern ihre Lebensqualität signifikant.

Die Säuglingssterblichkeit ist in der OECD in den vergangenen 35 Jahren von 21,4 auf 4,9 Todesfälle pro 1000 Lebendgeburten zurückgegangen. Zwischen der Gesundheitsausgabenquote und der Säuglingssterblichkeit in diesem Zeitraum existiert eine hohe Korrelation ($-0,73$). Betrachtet man die Länder dagegen nur im Querschnitt des Jahres 2005, so lässt sich kein signifikanter negativer Zusammenhang mehr feststellen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass der medizinische Fortschritt in der Neonatologie inzwischen offenbar an eine Grenze gestoßen ist, an der die Säuglingssterblichkeit nicht mehr wesentlich reduziert werden kann. Heutzutage betrifft der medizinisch-technische Fortschritt stärker das Alter und reduziert dort die Sterblichkeit: Zwischen 1970 und 2005 ist die Lebenserwartung in den OECD-Ländern im Schnitt von 71,9 auf 79,8 Jahre gestiegen. Die Korrelation zwischen der Gesundheitsausgabenquote und der Lebenserwartung für die 22 OECD-Länder in den Jahren 1970 und 2005 ist hoch ($0,81$): Zunehmende relative Ausgaben für Gesundheit sind mit einem deutlichen Anstieg der Lebenserwartung einhergegangen. Der Zusammenhang hat sich allerdings über die Zeit auch hier abgeflacht. Dies ist ein Indiz dafür, dass eine weitere Reduktion der Sterblichkeit nur mit einem überproportionalen Ressourceneinsatz zu erreichen ist.

Für einen kausalen Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben und Gesundheitszustand der Bevölkerung spricht auch die unterschiedliche Entwicklung der Lebenserwartung in Ost- und Westdeutschland vor und nach der deutschen Vereinigung. Zwischen 1980 und 2000 stieg die Lebenserwartung im gesamten (neuen) Bundesgebiet, wobei die Gewinne nach 1990 in den neuen Bundesländern wesentlich stärker ausfielen als in den alten. In den neuen Bundesländern waren die Zugewinne im Jahrzehnt nach der deutschen Wiedervereinigung für beide Geschlechter um ein Vielfaches größer als im Jahrzehnt davor. Die damit einhergehende Konvergenz der Lebenserwartung zwischen Ost und West hält bis heute an. Die gewonnenen Lebensjahre sind vor allem ein Resultat der verbesserten medizinischen Versorgung in den östlichen Bundesländern. Insbesondere die Fortschritte bei der Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben die Lebenserwartung beträchtlich erhöht.

Marktordnung im Gesundheitswesen – Steuerung durch Markt oder Staat?

Wenn man über Gesundheitsmärkte spricht, bildet die Sicht der Nachfrager von medizinischen Leistungen die normative Basis für eine Beurteilung. Dies bedeutet, dass alleiniger Referenzpunkt für ein Werturteil über die Institutionen des Gesundheitswesens letztlich die Krankenversicherten sind.

Der Markt für Gesundheitsleistungen weist allerdings Charakteristika auf, die ihn von anderen Märkten deutlich unterscheiden. Diese Besonderheiten lassen sich im Wesentlichen auf Informationsprobleme zurückführen. Patienten sind bei medizinischen Leistungen häufig nicht in der Lage, die Rolle eines souverän entscheidenden Konsumenten einzunehmen, etwa im bewussten Zustand, in Todesangst oder mit starken Schmerzen. Doch selbst wenn Zeit für eine überlegte Auswahl vorhanden wäre, verfügen Patienten in aller Regel nicht über die notwendigen Informationen, Angebote zu vergleichen. Weder wissen sie, was in ihrem Fall die Therapie der Wahl wäre, noch können sie in den meisten Fällen weder vor noch nach Inanspruchnahme die Qualität der erbrachten Leistung beurteilen. Schließlich besteht für die meisten medizinischen Leistungen Versicherungsdeckung, so dass selbst für informierte Patienten keine Notwendigkeit bestünde, Preis und Leistung einer Therapie gegeneinander abzuwägen. Die Folge der zahlreichen Besonderheiten von Gesundheitsmärkten wäre, überließe man den Markt sich selbst, erhebliches Marktversagen.

Bei einer reinen Marktlösung müsste befürchtet werden, dass zu viele teure, nicht zielführende Leistungen minderer Qualität erbracht und den Versicherungen in Rechnung gestellt werden. Es gibt darum kaum Ökonomen, welche die grundsätzliche Notwendigkeit staatlicher Eingriffe auf Gesundheitsmärkten in Zweifel ziehen. Nötig ist, dass der Staat das Gesundheitswesen auf eine Art und Weise reguliert, die ein Marktergebnis entsprechend den Konsumentenpräferenzen hervorbringt. Markt oder Staat ist dabei ein falsches Gegensatzpaar; die Kritik, wo sie geübt wird, bezieht sich vielmehr auf die Art der staatlichen Rahmensetzung.

Die Regulierung des deutschen Gesundheitswesens verfolgt jedoch nicht nur Effizienzziele – die Beitragszahlenden erhalten Gesundheitsgüter in der gewünschten Menge und Qualität zu einem möglichst günstigen Preis –, sondern auch Gerechtigkeitsziele. Die Gerechtigkeitsziele auf Gesundheitsmärkten kann man folgendermaßen beschreiben: Der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen soll unabhängig vom Einkommen und insbesondere unabhängig vom individuellen Krankheitsrisiko möglich sein. Auch Kranken und finanziell schlecht Gestellten soll Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen verschafft werden.

Die zur Durchsetzung von Effizienz- und Gerechtigkeitszielen vorgenommenen staatlichen Eingriffe bewirken, wie alle Regulierungen, leider nicht nur den gewünschten Effekt, sondern auch unerwünschte Nebenwirkungen. Patienten und Leistungserbringer gleichermaßen verhalten sich in einem staatlich regulierten Gesundheitswesen ganz anders, als sie es in einem marktwirtschaftlich gesteuerten Umfeld täten. Die gesundheitsökonomische Analyse erlaubt es, die staatlichen Eingriffe in ihrer tatsächlichen Wirkung zu beschreiben – entspricht die tatsächliche Wirkung der intendierten, welche unerwünschten Nebenwirkungen gibt es? – und gegebenenfalls alternative institutionelle Lösungen vorzuschlagen.

Korporatismus als grundlegender Ordnungsfaktor

Im deutschen Gesundheitswesen fällt die im Vergleich zu anderen Staaten außerordentlich große Anzahl der Sachwalter auf allen Ebenen auf. Mindestens drei staatliche Ebenen und die dazugehörigen Bürokratien, zahlreiche private und gesetzliche Krankenversicherungen (PKV und GKV), karitative, staatliche und private Leistungserbringer sowie ihre jeweiligen Standes- und Abrechnungsorganisationen fühlen sich legitimiert – und sind es zum großen Teil de jure auch –, im Auftrag und zum Wohle der Versicherten tätig zu werden. Die Marktordnung im Gesundheitssektor ist stark korporatistisch geprägt und orientiert sich damit an wirtschaftspolitischen Vorstellungen des beginnenden 20. Jahrhunderts.

Der Staat versteht sich im Verhandlungsprozess um diese vielfältigen Interessen, bei

dem die Konsumenten außen vor bleiben, als neutraler Moderator. Dabei ist es üblich, die Interessen aller Lobbygruppen als gleichermaßen berücksichtigungswert zu betrachten. Diese merkwürdige ordnungspolitische Sichtweise gilt für die Republik insgesamt, sie findet sich jedoch besonders ausgeprägt bei den politischen Bemühungen um Strukturformen im Gesundheitssektor.

Die gegenwärtige Marktordnung räumt Vertretern der Leistungserbringer und Vertretern der Regionalpolitik weitgehende Mitspracherechte bei der Planung und Steuerung des Gesundheitswesens ein, so etwa bei Entscheidungen über die Kapazitäten im stationären Bereich. Beide Sachwalter betonen zwar in ihrem öffentlichen Auftreten immer ihre Rolle als Interessenvertreter der Patienten. Verschwiegen wird dabei jedoch, dass Leistungserbringer auch eigene Interessen haben, etwa – was nicht verwerflich ist – ein Interesse an einer möglichst hohen Entlohnung und einer sicheren Beschäftigung. Problematisch ist nur, dass diese Interessen nicht mit denen der Beitragszahlenden übereinstimmen. An der korporatistischen Grundverfassung des Gesundheitswesens ist aus ökonomischer Sicht auszusetzen, dass sie Wettbewerb nicht nur dort verhindert, wo er möglicherweise Effizienz- und Gerechtigkeitsziele behindert – auf der Ebene Leistungserbringer/Konsument –, sondern auch dort, wo er diesen Zielen in höchstem Maße dienlich wäre – zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen.

Statt auf die Gemeinwohlverpflichtung der Verbände zu vertrauen, käme es darauf an, die Stellvertreter der Patienten von vornherein zielgenauer auszuwählen. Der Vorschlag der Gesundheitsökonomik für eine Strukturreform lautet daher, die Sachwalterfunktion zukünftig von den Leistungserbringern und der Regionalpolitik auf die Krankenkassen zu übertragen. Die grundlegende Idee dieses Vorschlages ist es, wettbewerbliche Steuerungsinstrumente dort einzusetzen, wo sie zu aus Beitragszahlensicht gewünschten Resultaten führen, also im Verhältnis Leistungserbringer/Krankenkasse und im Verhältnis der Krankenversicherungen untereinander. Im Wettbewerb stehende Krankenkassen, die ein in Umfang und Qualität identisches Leistungspaket wie in der Gesetzlichen Kranken-

versicherung anbieten, hätten ein unmittelbares Interesse daran, wirksame Leistungen in guter Qualität und möglichst preiswert einzukaufen. Die Krankenkassen wären also – unter dem Druck knapper Mittel und steigender Beiträge – bestrebt, den Faktoreinsatz über eine Strukturplanung zu optimieren und auch möglichst günstig zu beziehen. Im Gegensatz zu den Patienten hätten die Krankenkassen als Sachwalter ihrer Versicherten die Möglichkeit, die vorhandene Evidenz zu erschließen und zu bewerten und auf diese Weise das Preis-Leistungs-Verhältnis der angebotenen Dienstleistungen einzuschätzen.

Eine solche alleinige Sachwalterrolle der Krankenkassen wäre ein Bruch mit der korporatistischen Grundverfassung des deutschen Gesundheitswesens, könnte aber vergleichsweise leicht herbeigeführt werden: Es genügte, den Sicherstellungsauftrag an die gesetzlichen Krankenkassen zu delegieren und den Zwang zu Kollektivverträgen zwischen den Kassen und den Spitzenverbänden der Leistungserbringer – seien es die kassenärztlichen Vereinigungen oder die Landeskrankenhausesellschaften – aufzuheben. Dies bedeutete, dass die einzelne Krankenkasse zwar einem Zwang unterläge, die gesetzlich in Qualität und Umfang definierten Leistungen für ihre Versicherten einzukaufen, zu diesem Zweck aber nicht mehr mit jedem einzelnen in den Verbänden organisierten Leistungserbringer abrechnen müsste. Jede Krankenkasse könnte selbst entscheiden, mit welchem Leistungserbringer sie zu welchen Konditionen Verträge abschließt.

Die Vertragsfreiheit würde einen grundlegenden Strukturangel des deutschen Gesundheitswesens beseitigen, weil die Verhandlungsmacht der Leistungsanbieter fortan durch einen Preiswettbewerb beschränkt wäre. Die Leistungserbringer im stationären oder ambulanten Sektor stünden untereinander nicht mehr länger nur in einem Qualitätswettbewerb, sondern auch in einer Konkurrenz um die günstigsten Preise. Eine solche Entwicklung wäre ein nachhaltiger Bruch mit den gewachsenen Strukturen der Verbändelandschaft und würde von den Verbänden der Leistungsanbieter sicherlich erbittert bekämpft. Dennoch ist der Abschied von der Verbänderepublik vielleicht weniger utopisch, als man meinen könnte. Wenn der Eindruck nicht täuscht, sind selbst die Nutznießer – in erster Linie die organisierten

Leistungserbringer – mit den Resultaten der gegenwärtigen Marktordnung im Gesundheitswesen nicht mehr länger zufrieden. Die Ergebnisse, ausgehandelt von den eigenen Funktionären, werden von den Verbandsmitgliedern zunehmend in Frage gestellt. Wenn aber der Korporatismus nicht mehr länger in der Lage ist, eine einvernehmliche und insbesondere für alle Akteure verbindliche Lösung hervorzubringen, verliert er seine Raison d'être. Von dieser Erkenntnis ist es nur ein kleiner Schritt zum Verzicht auf den Kontrahierungszwang. Er wird der Politik umso leichter fallen, je deutlicher die Nachteile der gegenwärtigen Marktordnung in den Vordergrund treten.

Gesetzliche Krankenversicherung nach dem Geschmack des Ökonomen

Ein Vorschlag, der gleich mehrere Fliegen mit einer Klappe schlägt, liegt in der Trennung zwischen einer sozial gestalteten Grundversicherung und individuell abgeschlossenen und finanzierten Zusatzverträgen. Der Bereich der Grundversicherung wäre für alle Bürgerinnen und Bürger obligatorisch und würde die Kosten für eine Grundversorgung in einem für alle verbindlichen Umfang decken. In diesem Bereich erfolgen Markteingriffe nicht nur zur Effizienzsteigerung, sondern auch mit dem Zweck, Gerechtigkeitsziele zu erreichen. Der Bereich der Zusatzversicherung diente dazu, den Mindestschutz je nach den individuellen Präferenzen nach oben anzupassen. Gerechtigkeitsziele würden in diesem Bereich nicht angestrebt. Eine solche Trennung hätte eine Reihe von Vorteilen.

1. Die Abweichung der Zwangsversicherung von den individuellen Präferenzen wird geringer, da nur noch eine Grundversicherung vorgeschrieben würde. Die Bürgerinnen und Bürger hätten auf diese Weise die Wahl zwischen verschiedenen Versorgungssystemen, die sie ihren eigenen Bedürfnissen anpassen können. Die größere Wahlfreiheit bedeutet einen Effizienzgewinn.
2. Die Grundversicherung bewirkt eine Konzentration der Transferzahlungen zur Erreichung von Gerechtigkeitszielen auf das Wesentliche, nämlich auf diejenigen Risiken, die individuell nicht tragbar sind.

3. Die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung würde aufgehoben. Es gibt keinen Grund, von einer Transferleistung, die im Rahmen der sozialen Grundversicherung vorgenommen wird, ausgerechnet die Bezieher hoher Einkommen auszunehmen. Ebenso wenig gibt es einen Grund, Menschen aufgrund einer bestimmten Einkommensgrenze den Abschluss einer Versicherung nach dem Kapitaldeckungsverfahren zu verwehren. Vielmehr könnten GKV und PKV grundsätzlich beide Vertragsarten anbieten – die soziale, obligatorische Grundversicherung und die freiwillige, individuell gestaltete Zusatzversicherung.
4. Die Lücke zwischen dem medizinisch Machbaren und den im Rahmen der Grundversicherung zur Verfügung stehenden Mitteln würde immer größer werden. Eine Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung würde diese nicht zu leugnende Tatsache transparent machen und die Möglichkeit eröffnen, individuellen Versicherungsschutz zu kaufen, bevor der Krankheitsfall eintritt.

Eine obligatorische Krankenversicherung mit gesetzlich vorgeschriebenem Umfang stellt immer einen Kompromiss zwischen konkurrierenden Zielen dar. Solange Menschen bezüglich ihrer individuellen Absicherung unterschiedliche Wünsche haben, wird ein solcher Kompromiss nie wohlfahrtsmaximierend sein. Die aufgrund von Gerechtigkeitsabwägungen gewünschte Umverteilung kann demzufolge immer nur durch einen Verzicht auf Effizienz „erkauft“ werden: je umfangreicher die obligatorische Deckung, umso mehr wird umverteilt, umso höher aber auch die Effizienzverluste durch das Verhaltensrisiko und überproportionale Transaktionskosten. Die Vorschläge der Gesundheitsökonomik laufen darauf hinaus, durch Abkehr von der Vollversicherung – Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung, absolute und proportionale Zuzahlungen – die Effizienzverluste einzuschränken und gleichzeitig die Abweichung der kollektiven Lösung von den individuellen Präferenzen möglichst klein zu halten, ohne aber die Gerechtigkeitsziele bei den großen finanziellen Risiken im Rahmen der Grundversicherung aufzugeben.

Gesundheitspolitik in internationaler Perspektive

Gesundheit ist ein wichtiges menschliches Gut. Für viele ist es wichtiger als wirtschaftlicher Wohlstand oder Erfolg. Die eigene Gesundheit bzw.

Kerstin Funk

Dr. phil, geb. 1971; Politikwissenschaftlerin und Referentin für Gesundheitspolitik im Liberalen Institut der Friedrich-Nau-
mann-Stiftung für die Freiheit,
Karl-Marx-Straße 2,
14482 Potsdam.
kerstin.funk@freiheit.org

die Gesundheit der Familie sind die wichtigsten Faktoren persönlichen Glücks.¹ Es liegt daher nahe, dass der Erhalt oder die Wiederherstellung von Gesundheit von großer Bedeutung sind. Schon in der Antike entwi-

ckelte sich ein regelrechter Markt, auf dem Gesundheitsleistungen angeboten wurden: Heiler, Mediziner und Bader sorgten sich im antiken Rom um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bevölkerung, und es entstand eine systematische Gesundheitsversorgung.

Seit Ende des 19. Jahrhunderts ist die Organisation der Gesundheitssysteme infolge der industriellen Revolution zunehmend in den Bereich des Staates übergegangen. Das erste Modell einer staatlichen Sozialversicherung wurde 1883 in Deutschland geschaffen, als Reichskanzler Otto von Bismarck neben einer Unfallversicherung eine Alters- und Invalidenversicherung einführte und die Krankenversicherung vereinheitlichte. Die Popularität der Sozialversicherung in der Arbeiterklasse führte zur Einrichtung ähnlicher sozialer Sicherungssysteme über Deutschland hinaus. So führten bald auch Belgien, Norwegen, Großbritannien und Russland eine Krankenversicherung ein. Weitere Staaten folgten dem deutschen Vorbild nach dem Ersten Weltkrieg.

Heute existieren verschiedene Modelle staatlich organisierter Gesundheitssysteme, die alle einer immensen Steigerung ihrer Ausgaben und einer verminderten Einnahmehbasis gegenüber-

stehen. Als Gründe hierfür werden vor allem der demografische Wandel, Arbeitslosigkeit, der medizinisch-technologische Fortschritt, die Nachfragesteigerung nach Gesundheitsleistungen sowie fehlende Kostentransparenz und die mangelnde Eigenverantwortung der Versicherten genannt.

Im Folgenden wird dargestellt, welche Maßnahmen ausgewählte Staaten ergriffen haben, um diesen Problemen zu begegnen. Um eine Vergleichbarkeit mit dem Gesundheitssystem in Deutschland zu ermöglichen, wird dabei auf Reformbeispiele in Industriestaaten zurückgegriffen, und zwar auf die Reformen in der Schweiz, in den Niederlanden und in den USA. Anhand einer Bilanz dieser Reformen kann abschließend untersucht werden, inwieweit die dortige Neugestaltung der Gesundheitssysteme beispielhaft für das deutsche Gesundheitssystem sein kann.

Ausgaben und Einnahmen

Die Ausgaben im Gesundheitswesen sind in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen. Im Jahr 2007 wurden in den OECD-Ländern durchschnittlich 8,9 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) für Gesundheitsausgaben verwendet.² In den meisten Ländern stiegen die Ausgaben für Gesundheit schneller an als das BIP. Während der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP in der Türkei weniger als 6 Prozent beträgt, liegt dieser Wert in den USA bei 16 Prozent. Ein hoher Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP wird auch für Frankreich (11 Prozent), die Schweiz (10,8 Prozent), Deutschland (10,4 Prozent) und die Niederlande (9,8 Prozent) ausgewiesen.

Einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Ausgabensteigerungen hat der demografische Wandel, genauer: die zunehmende Alterung der Bevölkerung. Die Krankheitskosten erhöhen sich mit zunehmendem Lebensalter und mit zunehmendem Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung. In Deutschland entfielen 2002 rund 43 Prozent der Ausgaben

¹ So auch das Ergebnis einer repräsentativen Umfrage der Bertelsmann-Stiftung: „Glück, Freude, Wohlbefinden – Welche Rolle spielt das Lernen?“, Gütersloh 2008, online: www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-DA9505F3-3AD54EC2/bst/xcms_bst_dms_23599_23600_2.pdf (22.9.2010).

² Vgl. OECD, Health Data Report, Paris 2009.

auf die über 65-Jährigen.¹³ Im Jahr 2004 entstanden bei den über 64-Jährigen 45 Prozent der gesamten Krankheitskosten. Sie konzentrieren sich auf eine im Verhältnis kleine Bevölkerungsgruppe mit einem Anteil von 18 Prozent. Ein Vergleich mit dem Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zeigt folgende Ergebnisse: Obwohl sich die Krankheitskosten im Alter auf weniger Personen verteilen, reichte ihr Volumen fast an das der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter heran.¹⁴ Mit fortschreitendem Alter steigen die Pro-Kopf-Krankheitskosten überproportional an: Bei durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben von 2730 Euro (im Jahr 2004) waren diese für die Gruppe der 65- bis 84-Jährigen 2,2 mal so hoch wie der Durchschnitt, bei den über 84-Jährigen gar 5,4 mal so hoch. Sie lagen für diese Gruppe bei 14750 Euro pro Kopf.¹⁵

Auch der medizinisch-technologische Fortschritt hat zu Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen geführt. Neue Medikamente, Transplantationen, minimalinvasive Chirurgie, künstliche Organe oder Kernspintomographen sind hoch entwickelte Innovationen. Die neuen Diagnose- und Behandlungsmethoden werden in der Regel ergänzend zu vorhandenen Verfahren eingesetzt oder angewandt (*add-on*-Technologien). Dies lässt sich darstellen an der Anzahl der Geräte, die im stationären und ambulanten Bereich vorhanden sind: Von 2003 bis 2006 nahm in Deutschland die Anzahl der Großgeräte um 15,6 Prozent zu.¹⁶ Der Einsatz von Medizintechnik wird in Zukunft aller Voraussicht nach auch deshalb weiter steigen, weil die Halbwertszeiten der Geräte teilweise nur wenige Jahre betragen. Angebot und Nachfrage verstärken sich insbesondere in diesem Bereich wechselseitig, vor allem, weil die Qualität medizinischer Behandlung weitgehend am Einsatz modernster Medizintechnik gemessen wird.

¹³ Quelle: Statistisches Bundesamt, online: www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastg&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=10911::Krankheitskostenrechnung%20%28KKR%29 (15. 7. 2010).

¹⁴ Vgl. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts, Berlin 2009, S. 229.

¹⁵ Vgl. ebd., S. 230.

¹⁶ Vgl. ebd., S. 256.

Eine Wechselbeziehung schließlich lässt sich zwischen der Alterung der Gesellschaft und dem medizinisch-technologischen Fortschritt erkennen. So können Krankheiten früher diagnostiziert und erfolgreicher therapiert werden. Dies wiederum bringt eine längere Lebenserwartung mit sich. Der demografische Wandel und der medizinisch-technologische Fortschritt sind demnach zwei Seiten derselben Medaille, des Ausgabenwachstums im Gesundheitswesen.

Die Zunahme bei den Ausgaben erfordert parallel eine Steigerung der Einnahmen, die jedoch nur schwer umsetzbar ist. Auch für die fehlenden Einnahmen sind mehrere Gründe zu nennen: der demografische Wandel, hohe Lohnnebenkosten und vor allem die fehlende Kostentransparenz und mangelnde Eigenverantwortung der Versicherten. Infolge des demografischen Wandels sinkt der Anteil der Berufstätigen an der Bevölkerung. Gleichzeitig steigt der Anteil der Rentner, während aufgrund der niedrigen Geburtenrate weniger Menschen in den Arbeitsmarkt nachrücken. Aufgrund der Abhängigkeit der Finanzierung der Beiträge der Gesetzlichen Krankenversicherung von den Arbeitseinkommen fehlen damit notwendige Einnahmen. Es kommt zu einer Situation, in der immer weniger Beitragszahlern immer mehr Versicherte gegenüberstehen.

In jüngster Vergangenheit haben einige Staaten ihre Gesundheitssysteme teilweise grundlegend reformiert. Sie alle haben damit auf die Probleme reagiert, die durch Ausgabensteigerungen und Einnahmeverluste für das jeweilige Gesundheitswesen entstanden sind.

Das Schweizer Modell

Das Krankenversicherungsgesetz in der Schweiz trat am 1. Januar 1996 in Kraft. Es enthält eine landesweite Versicherungspflicht. Die ausschließlich privaten Krankenkassen unterliegen einem Kontrahierungszwang, das heißt, sie sind gesetzlich verpflichtet, jeden in die Grundversicherung aufzunehmen. Die Schweiz hat als erstes Land weltweit das Modell einer sogenannten „Kopfpauschale“ implementiert. Dies bedeutet, dass jeder Versicherte die Prämie für die Krankenkasse selbst bezahlt. Versicherungspflichtig sind alle Schwei-

zer, auch nicht berufstätige Ehepartner und Kinder. Die Prämienhöhe ist unabhängig von Einkommen und Vermögen. Der Abschluss einer Grundversicherung ist für alle Einwohner obligatorisch, und es besteht freie Kassenwahl. Die Prämie für die Grundversicherung variiert nach den Regionen und unterliegt der Genehmigung durch das Bundesamt für Gesundheit. Untere Einkommensschichten und kinderreiche Familien erhalten Prämienverbilligungen, die aus Steuermitteln finanziert werden.

Im Grundtarif sind alle Leistungen nach einem gesetzlich vorgegebenen Leistungskatalog enthalten. Diese Leistungen umfassen alle notwendigen ambulanten, stationären und teilstationären Leistungen sowie ausgewählte präventive Leistungen. Ausgenommen vom Leistungskatalog sind Zahnbehandlungen und auch das Krankengeld. Ergänzend zur obligatorischen Grundsicherung kann jeder Versicherte freiwillig Zusatzversicherungen abschließen. Für die Zusatzversicherungen berechnen die Krankenversicherungen Prämien, die sich nach dem individuellen Risiko bemessen. Allerdings können für die Zusatzversicherungen auch Interessenten abgewiesen werden.

Um eine Prämienverbilligung – auch für den Grundtarif – zu erreichen, können verschiedene Formen von Kostenbeteiligungen gewählt werden. So kann die Eigenbeteiligung über den obligatorischen Selbstbehalt von 300 Franken (sogenannte Franchise) hinaus erhöht werden, die Wahlfreiheit kann reduziert werden, oder es können Leistungsfreiheitsrabatttarife gewählt werden. Darüber hinaus kann die im Grundtarif enthaltene Unfallversicherung ausgeschlossen werden. Zwischen den Krankenkassen existiert ein Risikoausgleich, um Unterschiede in der Struktur der Versicherten auszugleichen. Seit Beginn des Jahres 2010 berücksichtigt dieser das Alter, das Geschlecht und das Krankheitsrisiko der Versicherten. Darüber hinaus erfolgt innerhalb einer Krankenkasse eine Umverteilung zwischen Altersgruppen und Geschlechtern.

Das Gesundheitssystem der Schweiz ist stark marktwirtschaftlich organisiert. Die Versicherten haben die Möglichkeit, auf dem Markt der Versicherungsanbieter eine Krankenversicherung abzuschließen, die auf ihre individuellen Bedürfnisse zugeschnit-

ten ist. Allerdings muss das Funktionieren dieses Marktes stets vor dem Hintergrund der Besonderheiten des Gesundheitssystems betrachtet werden: Die Schweizerinnen und Schweizer sind traditionell einen hohen Grad von Eigenverantwortung und Mitbestimmung gewohnt, und sie sind weit mehr als die Bürger anderer Länder bereit, finanzielle Lasten selbst zu tragen. Dies zeigt sich insbesondere an der Wahl der Tarife. So waren im Jahr 2008 nur 41,4 Prozent der Versicherten im sogenannten Grundtarif versichert; fast 60 Prozent wählten demnach einen Tarif, der höhere Selbstbehalte umfasst.⁷

Umfragen belegen ein grundsätzliches Einverständnis mit dem marktwirtschaftlichen System der Krankenversicherung.⁸ Trotz der Bereitschaft zur eigenen Vorsorge anerkennen die Befragten die Bedeutung von Solidarität in der Krankenversicherung: So stimmen 87 Prozent der Frage zu, ob es Solidarität zwischen Arm und Reich in der Krankenversicherung brauche; 75 Prozent wollen auch die Solidarität zwischen Kranken und Gesunden sichergestellt wissen. Allerdings halten es ebenfalls 75 Prozent der Befragten für unfair gegenüber anderen Prämienzahlern, wenn jemand keine Sorge für seine Gesundheit trägt. 38 Prozent sind sogar bereit, die Franchise bei gesundheitlichen Problemen zu ändern und höhere Prämien zu bezahlen. Fast die Hälfte der Befragten zeigt sich mit dem System zufrieden (46 Prozent), 12 Prozent möchten, dass die Grundversicherung vom Staat, also über Steuern und andere Einnahmen, finanziert wird. Schließlich zeigt sich auch ein großes Kostenbewusstsein: 70 Prozent der Befragten kontrollieren ihre Arztrechnungen; weniger als die Hälfte (43 Prozent) der Befragten ist der Meinung, Kosten spielten keine Rolle, wenn es um die Gesundheit geht. Vor allem die Bereitschaft zur Übernahme von Kosten ist von großer Bedeutung, gehört doch das Gesundheitssystem in der Schweiz weltweit zu den teuersten. So liegen die Ge-

⁷ Vgl. Bundesamt für Gesundheit, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2008, online: www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/01156/02446/index.html?lang=de (28.7.2010).

⁸ Vgl. für das Folgende: Santesuisse, Sondage santé, online: www.santesuisse.ch/de/srv_sondage_detail.html?&objects.detail_id=166&objects.master_id=166 (19.7.2010).

sundheitsausgaben pro Kopf bei 4417 US-Dollar (kaufkraftbereinigt). Zum Vergleich: In den Niederlanden liegt dieser Wert bei 3837, in Deutschland bei 3588 US-Dollar. Noch deutlich höher liegt der Wert in den USA mit 7290 US-Dollar.⁹

Parallel zu den Kostensteigerungen stieg auch die Höhe der Prämien. Während ein Erwachsener in der Schweiz Ende der 1990er Jahre noch durchschnittlich 203,90 Schweizer Franken für den Grundtarif zahlte, beläuft sich die Prämie jetzt auf 351,10 Schweizer Franken.¹⁰ Auch die Höhe der Selbstbeteiligungen nahm von 1996 bis 2009 um fast 50 Prozent zu.¹¹ Schließlich wuchs auch der Anteil der Steuerzuschüsse stark an. Allein die Ausgaben für die Prämienverbilligung stiegen von 1996 bis 2007 um fast 90 Prozent. Fast 30 Prozent der Wohnbevölkerung erhielten im Jahr 2008 eine Prämienverbilligung (2007: 23,3 Prozent).¹² Die Praxis der Prämienverbilligung entlastet vor allem Familien im unteren und mittleren Einkommensbereich, so dass der soziale Ausgleich zielgenau dort stattfindet, wo er notwendig ist. Dennoch bringt der Sozialausgleich über das Steuersystem keine höhere steuerliche Belastung mit sich. Vielmehr ist auch die Belastung durch Steuern in der Schweiz im internationalen Vergleich sehr gering, so dass den Bürgern ein deutlich höherer Lohnanteil zur freien Verfügung steht als in anderen Ländern, der zur Vorsorge über die Grundleistungen hinaus genutzt werden kann.

Reform in den Niederlanden

Anfang 2006 erfolgte mit der Gesundheitsreform in den Niederlanden ein Übergang zu einem neuen Versicherungssystem. Zentraler Bestandteil war die Abschaffung des Dualismus von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen hin zu einem privat organisierten Versicherungsmarkt unter staatlicher Aufsicht. Für alle Bürger ab 18 Jahren besteht eine Pflicht zum Abschluss einer gesetzlich festgelegten Mindestversicherung, parallel

⁹ Vgl. OECD (Anm. 2).

¹⁰ Vgl. Bundesamt für Gesundheit (Anm. 7).

¹¹ Vgl. Frank Schulze Ehring/Anne-Dorothee Köster, Gesundheitssysteme im Vergleich. Die Gesundheitsreform in den Niederlanden und in der Schweiz als Vorbild für Deutschland?, Köln-Berlin 2010, S. 103.

¹² Vgl. Bundesamt für Gesundheit (Anm. 7).

dazu dürfen die Versicherer Interessenten für die Mindestversicherung nicht ablehnen.

Die Beiträge setzen sich zusammen aus einem Pauschalbeitrag und einem einkommensabhängigen Anteil, der vom Arbeitgeber getragen wird. Der Pauschalbeitrag wird von den Versicherten direkt an die Versicherung gezahlt. Die Höhe ist nicht einheitlich, sondern wird von der jeweiligen Versicherung bestimmt. Innerhalb einer Versicherung muss die Basisversicherung zum gleichen Tarif angeboten werden, unabhängig vom Alter, Geschlecht oder Risiko der Versicherten. Die Prämien werden jährlich neu kalkuliert. Darüber hinaus sind die Versicherten verpflichtet, einen prozentualen Beitrag ihres Einkommens zu zahlen – im Jahr 2009 waren das 6,9 Prozent. Dieser Beitrag wird bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze erhoben, die zuletzt bei 32369 Euro lag. Die Arbeitgeber müssen ihren Arbeitnehmern diesen Beitrag erstatten, er wird allerdings vom Arbeitnehmer versteuert. Die Erträge fließen in einen Krankenversicherungsfonds. Der Beitragsatz wird jährlich durch das Gesundheitsministerium festgelegt. Auch Leistungen für Arbeitslose, Sozialhilfe, Renten und Selbständige unterliegen der Beitragspflicht.

Eine staatliche Unterstützung für einkommensschwache Bürger erfolgt über das Steuersystem. Der sogenannte Gesundheitszuschuss ist abhängig vom Haushaltseinkommen und ist beim Finanzamt zu beantragen, das den Gesundheitszuschuss auszahlt. Allerdings ist der Zuschuss gedeckelt: Für Einzelhaushalte betrug der maximale Transferanspruch im Jahr 2009 57,66 Euro monatlich, für Mehrpersonenhaushalte maximal 121,75 Euro monatlich. Rund zwei Drittel der Haushalte in den Niederlanden haben den sozialen Ausgleich im Jahr 2008 in Anspruch genommen, dies entsprach einem steuerlichen Ausgleich in Höhe von insgesamt 3,6 Milliarden Euro.¹³

Der Leistungskatalog der Basisversicherung ist gesetzlich geregelt. Er umfasst alle notwendigen stationären und ambulanten Leistungen der Akutversorgung, ist jedoch nur ein Mindestschutz. Ein Großteil der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Versorgung

¹³ Vgl. F. Schulze Ehring/A.-D. Köster (Anm. 11), S. 17.

ist aus dem Mindestschutz ebenso herausgenommen wie das Krankengeld.¹⁴ Nicht zuletzt aus diesem Grunde nutzen viele Niederländer die Möglichkeit, Zusatzversicherungen abzuschließen. So hatten sich 2009 92 Prozent der Versicherten für eine Zusatzversicherung entschieden. Die Prämien und der Leistungsumfang der Zusatzversicherungen sind nicht reguliert, so dass die Berechnung der Prämien in der Regel Alter, Geschlecht und das jeweilige Risiko der Versicherten berücksichtigt. Ebenso besteht für die Zusatzversicherungen kein Kontrahierungszwang.

Eine verpflichtende Selbstbeteiligung in Höhe von 150 Euro jährlich gilt für alle Versicherten ab 18 Jahren. Zudem können die Versicherten höhere Selbstbehalte wählen, deren Stufen allerdings gesetzlich vorgegeben sind und zwischen 100 und 500 Euro liegen. Eine Beitragsrückerstattung ist nicht möglich. Alternativ zu einer individuellen Versicherung ist der Krankenversicherungsschutz über eine Gruppenversicherung möglich. Bei dieser Gruppenversicherung können Arbeitgeber oder andere Interessengruppen (Gewerkschaften, Sportvereine, Patientenvereinigungen) mit einer Krankenversicherung einen Gruppenvertrag abschließen, der einen speziellen Leistungskatalog sowie in der Regel eine Prämienvergünstigung umfasst.

Die einkommensabhängigen Beiträge sowie die aus Steuergeldern finanzierten Beiträge für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren fließen in einen Fonds. Die Krankenkassen erhalten aus dem Fonds Risikoausgleichszahlungen, welche das Alter, das Geschlecht und morbiditätsrelevante Faktoren berücksichtigen. Auf diese Weise erfolgt eine Kompensation der unterschiedlichen finanziellen Belastung der einzelnen Versicherungen.

Ziel der Reform des Gesundheitssystems in den Niederlanden war eine Vereinheitlichung des bis dahin sehr unübersichtlichen Systems. Neben der gesetzlichen Krankenversicherung waren bis zur Reform Teile der Bevölkerung privat versichert, andere – z. B. Beamte – unterlagen besonderen Regelungen in der Krankenversicherung. Mit dem Übergang zu einem privaten Versicherungssystem mit einem obli-

¹⁴ Das Krankengeld ist in den Niederlanden privatisiert und wird in der Regel von den Arbeitgebern übernommen.

gatorischen Mindestschutz wurde dieses Ziel erreicht. Zudem sollten zumindest Teile der Finanzierung von der Beschäftigungssituation abgekoppelt werden. Auch dies ist mit Einführung der Pauschalbeiträge gelungen. Darüber hinaus hat die Reform zu verstärktem Wettbewerb im Gesundheitssystem geführt.

Die Bereitschaft, höhere Selbstbehalte in Kauf zu nehmen, findet sich jedoch nur bei einem vergleichsweise geringen Bevölkerungsanteil. So hatten 2008 nur 5,2 Prozent der Versicherten einen Tarif mit höheren Selbsthalten gewählt. Allerdings hatten die Krankenkassen schon vor der Reform eine Reihe von einkommensunabhängigen Zusatzprämien von ihren Versicherten verlangt, die zum Teil bis zu 15 Prozent der Beiträge ausmachten und für die es keinen sozialen Ausgleich gab. Mit der Einführung des Sozialausgleichs konnten übermäßige Belastungen für die Versicherten vermieden werden, so dass die Reform in der Bevölkerung grundsätzlich akzeptiert wird. Für die meisten Haushalte führte die Reform eher zu einer Entlastung als zu einer weiteren Belastung.

Die Kosten für das Gesundheitssystem in den Niederlanden sind im internationalen Vergleich geringer als in den USA oder in Deutschland. Ein Grund hierfür liegt auch in den Besonderheiten der Versorgung. So gilt in den Niederlanden ein striktes „Primärarztprinzip“. Danach muss jeder Patient – außer in Notfällen – zunächst einen Hausarzt aufsuchen. Allein der Hausarzt entscheidet über eine Überweisung zu einem Spezialisten oder über eine stationäre Behandlung. Auf diese Weise werden die meisten medizinischen Probleme in den Hausarztpraxen geklärt und kostenintensive Besuche bei Spezialisten zunächst vermieden. Auch werden deutlich weniger Arzneimittel verschrieben, so dass die Ausgaben für Arzneimittel deutlich geringer sind.

Die Entwicklung der Prämienhöhen zeigt, dass der Wettbewerb in den meisten Fällen zu einer niedrigeren Prämie geführt hat. Die Bedeutung der Prämienhöhe zeigt sich auch an der Wechselquote, also am Anteil der Versicherten, welche die Versicherung wechselten. Gleich nach Inkrafttreten der Reform wechselten im Jahr 2006 18 Prozent der Versicherten, um günstigere Tarife zu erhalten. Dieser Wert ist jedoch in den Folgejahren gesunken. Ende des Jahres 2009 entschieden sich nur noch vier

Prozent für einen Versicherungswechsel. Viele Versicherte wechseln aber auch innerhalb der Versicherung hin zu einer günstigeren Prämie oder zu einem Gruppenvertrag. Die weitere Entwicklung wird zeigen, inwieweit der Wettbewerb zu einem marktorientierten Verhalten der Versicherten weiter beitragen wird.

USA: Gesundheitsreform als Meilenstein

Die Einführung einer für alle Amerikaner bezahlbaren Krankenversicherung war ein zentrales Wahlkampfthema von Barack Obama. Ein Großteil der amerikanischen Bevölkerung hat keine oder keine ausreichende Krankenversicherung. Viele Menschen können sich die notwendige medizinische Versorgung nicht leisten, da Versicherungen sehr teuer sind und teure Behandlungen nicht übernehmen. Bis zur Reform wurde der Krankenversicherungsschutz der Amerikaner als private Angelegenheit betrachtet, eine allgemeine Pflicht zur Versicherung gab es nicht. Zwar gibt es mehrere Säulen staatlicher Gesundheitsfürsorge, doch können rund 15 Prozent der Einwohner diese Hilfe nicht beanspruchen. Ihnen ist bislang nur in Notfällen medizinische Hilfe sicher. Im Jahr 2008 waren 15,4 Prozent aller Amerikaner nicht krankenversichert, darunter fast 10 Prozent aller Kinder.¹⁵ Eine private Krankenversicherung hatten im Jahr 2008 67,5 Prozent der Amerikaner, rund 59 Prozent waren über den Arbeitgeber versichert. Einen Anspruch auf staatliche Gesundheitsfürsorge hatten 27,8 Prozent.

Es gibt in den USA zwei Arten staatlicher Krankenversicherung: Medicare bietet Amerikanern ab 65 Jahren und Behinderten Versicherungsschutz und wird von rund 40 Millionen Amerikanern in Anspruch genommen. Medicaid ist eine Krankenversicherung für Menschen mit geringem Einkommen. Hier sind ebenfalls etwa 40 Millionen Menschen versichert. Allerdings werden die Voraussetzungen für die Berechtigung für Medicaid von den Bundesstaaten festgelegt. Dies führt zu sehr unterschiedlichen Regelungen. In Notfällen wird seit der Verabschiedung des Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) im Jahr 1986

¹⁵ Vgl. US Census Bureau, online: www.census.gov/compendia/databooks (23.7.2010).

jeder Amerikaner in einem Krankenhaus behandelt, auch jene, die über keinen Versicherungsschutz verfügen. Die Behandlung in den Krankenhäusern wird nicht staatlich finanziert, die Krankenhäuser können die Kosten aber als Spenden von der Steuer absetzen.

Der hohe Anteil Nichtversicherter lässt sich folgendermaßen begründen: Zum einen können sich viele Menschen keine private Krankenversicherung leisten, sind aber dennoch nicht berechtigt, die Leistungen von Medicaid in Anspruch zu nehmen. Mit einem Anteil von 56 Prozent ist dies bei weitem die größte Gruppe unter den Nichtversicherten. Darüber hinaus können Versicherungen Anträge auf Krankenversicherung ablehnen, wenn Menschen Vorerkrankungen hatten. Schließlich verzichten viele Amerikaner auch auf den kostspieligen Versicherungsschutz beziehungsweise begnügen sich mit der Notversorgung im Rahmen von EMTALA.

Präsident Obama brachte zügig einen Reformvorschlag in den Gesetzgebungsprozess ein, der kontrovers diskutiert wurde. Im März 2010 wurde der Patient Protection and Affordable Care Act verabschiedet. Parallel dazu wurde der Health Care and Education Affordability Reconciliation Act of 2010 beschlossen, der im Wesentlichen die Änderungswünsche der Demokraten enthält. Insbesondere für die Krankenversicherungen sehen die Gesetze eine Reihe von Änderungen vor. So dürfen sie Antragsteller nun nicht mehr wegen Vorerkrankungen ablehnen, die Prämien dürfen für ältere Versicherte nicht mehr unverhältnismäßig höher sein als zum Beispiel für jüngere Versicherte, und auch für Menschen mit Vorerkrankungen dürfen keine erhöhten Versicherungsbeiträge mehr verlangt werden. Die Einkommensgrenzen für Medicaid wurden deutlich erhöht – nunmehr sind Einwohner mit einem Einkommen von bis zu 133 Prozent gemessen an der Armutsgrenze anspruchsberechtigt. Für Einwohner mit einem Einkommen bis zu 400 Prozent gemessen an der Armutsgrenze wird die Krankenversicherung staatlich bezuschusst. Darüber hinaus wird erstmals eine Versicherungspflicht eingeführt. Schließt ein Amerikaner keine Krankenversicherung ab, muss er Strafzahlungen leisten. Auch die Arbeitgeber werden stärker als bisher verpflichtet, ihren Mitarbeitern eine Krankenversicherung anzubieten. Tun sie dies nicht, müssen auch sie eine Stra-

fe zahlen. Ausgenommen davon sind Kleinunternehmen. Bieten diese ihren Mitarbeitern dennoch Krankenversicherungsschutz an und übernehmen sie mindestens die Hälfte der Prämienkosten, können sie einen Großteil davon (ab 2010 sogar bis zu 50 Prozent) von der Steuerschuld abziehen. Schließlich werden in den Bundesstaaten „Gesundheitsversorgungsbörsen“ sowie „Börsen für Programme mit Versicherungsoptionen für Kleinunternehmer“ eingerichtet, an denen Einzelne oder Kleinunternehmen Versicherungen kaufen können, die eine Basisversicherung anbieten. Der Leistungsumfang dieser Basisversicherung wird staatlich festgelegt, er soll einen Großteil der Kosten für medizinische Leistungen abdecken und die Zuzahlungen begrenzen. Auch für diese Versicherungen gibt es Kredite und staatliche Zuschüsse für Geringverdiener.

Ziel der Reform ist es, mehr Amerikanern Versicherungsschutz zu bieten, und zwar entweder durch den besseren Zugang zu einem der staatlichen Programme (Ausweitung von Medicaid) oder durch die Möglichkeit, eine bezahlbare private Versicherung abschließen zu können. Die Kosten der Reform werden auf 940 Milliarden US-Dollar für die nächsten zehn Jahre geschätzt und sollen durch Steuererhöhungen sowie durch Effizienzsteigerungen bei den Krankenversicherungen gegenfinanziert werden.

Ähnliche Probleme, verschiedene Lösungen

Ein wesentlicher Anlass für die Reformen war der enorme Anstieg der Kosten für das Gesundheitssystem – das gemeinsame Ziel war (und ist) es, eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens zu erreichen. Anhand der Beispiele wird deutlich, dass dies nur zum Teil gelungen ist. So wurde die Finanzierung der Systeme zwar grundlegend verändert – von weniger staatlicher Finanzierung in den Niederlanden bis hin zu mehr staatlicher Finanzierung in den USA. Die Ausgabenentwicklung konnte aber durch diese Maßnahmen nicht grundlegend verändert werden. Angesichts einer mit der Reduktion der Ausgaben notwendig einhergehenden Leistungskürzung stellt sich jedoch die Frage, ob dieses Ziel überhaupt vorrangig sein kann. Vielmehr scheint eine Entwicklung zu einem immer größeren und umfassenderen Konsum des immer dichteren

Leistungsangebotes in der Gesundheitsversorgung feststellbar. Eine Reduktion der Kosten scheint daher nur über Wettbewerbseffekte und Effizienzsteigerungen möglich. Der Ansatz, zunächst die Einnahmeseite zu reformieren, ist daher sinnvoll und nachvollziehbar.

Dieser Weg scheint in der Schweiz sehr gut gelungen zu sein, ist aber nur vor dem Hintergrund der Besonderheiten in der Akzeptanz von Eigenverantwortung und eigener Vorsorge der Bevölkerung zu verstehen. Ein ähnlich drastisches Modell der Finanzierung wäre in den Niederlanden kaum vorstellbar, spielt doch dort die soziale Vorsorge von Seiten des Staates traditionell eine wesentlich größere Rolle. In den USA spiegelt sich die soziale Schichtung der Bevölkerung in der Reaktion auf die Gesundheitsreform wider: Während einem Teil der Bevölkerung, die traditionell an Eigenverantwortung gewöhnt ist, die Reform viel zu weit geht, ist sie für einen anderen Teil ein erheblicher Fortschritt in der sozialen Sicherung. Da die Reform noch sehr jung ist und die Umsetzung der Entscheidungen kaum abgeschlossen ist, bleibt abzuwarten, welche Auswirkungen sie haben wird und ob sie schließlich positiv zu bilanzieren ist.

Auch wenn vor dem Hintergrund nationaler Besonderheiten Vergleiche eher schwierig erscheinen, können gleichwohl einzelne Elemente der jeweiligen Reformen durchaus auch für die Reform des Gesundheitssystems in Deutschland von Bedeutung sein. So stärken Wettbewerbselemente die Eigenverantwortung und können dazu beitragen, dem Problem des sogenannten *moral hazard* zu begegnen. Kostentransparenz und Selbstbehalte sind wichtige Bausteine dieser Elemente. Um die Beiträge möglichst gering zu halten, werden die Versicherten Angebote und Preise vergleichen, sich gleichzeitig aber auch gesundheitsbewusster verhalten. Denn da die Höhe der Prämien wesentlich vom Risiko einer Erkrankung abhängt, sind sie daran interessiert, ihr individuelles Risiko möglichst zu minimieren. Ein wenig gesundheitsbewusstes Verhalten hätte unmittelbare Konsequenzen für die Höhe der Prämie und damit für die Leistung der Versicherten. Dieses scheinbar egoistische Interesse wiederum führt langfristig zu einem Wettbewerb, der für alle Versicherten die Prämie reduzieren kann.

Gesundheitliche Ungleichheit. Plädoyer für eine ethnologische Perspektive

Nachdem in Deutschland im internationalen Vergleich mit Verspätung registriert worden ist, dass es auch hierzulande eine erhebliche sozial bedingte

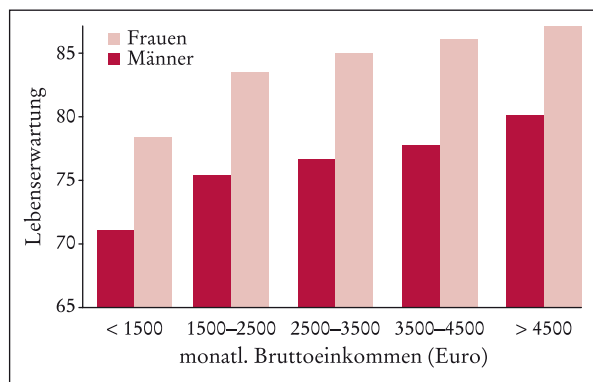
Uwe H. Bittlingmayer
Dr. phil., geb. 1970; Professor für Soziologie am Institut für Sozialwissenschaften der Pädagogischen Hochschule Freiburg, Kunzenweg 21, 79117 Freiburg i. Br. uwe.bittlingmayer@ph-freiburg.de

Diana Sahrai
M. A., geb. 1973; wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Bildungswissenschaften der Universität Duisburg–Essen, Berliner Platz 6–8, 45117 Essen. diana.sahrai@uni-due.de

Ungleichheit gesundheitlicher Zustände in der Bevölkerung gibt, lässt sich seit etwa einem Jahrzehnt ein emsiges Sammeln von sozialepidemiologischen Daten beobachten. Diese Daten sollen darüber Auskunft geben, welche Bevölkerungsgruppen aufgrund welcher Merkmale besonders von Krankheiten und vorzeitigem Tod bedroht sind.

Aus der Literatur wissen wir zunächst, dass das verfügbare Einkommen für eine Reihe von Krankheiten und für die Lebenserwartung eine sehr bedeutsame Rolle spielt.¹ Allein auf der Grundlage der Zugehörigkeiten zu Einkommensgruppen ergeben sich Ungleichheiten in der Lebenserwartung zwischen den einkommensärmsten sozialen Gruppen oder unteren sozialen Schichten einerseits und den einkommensreichsten sozialen Gruppen oder den höheren sozialen Schichten andererseits. Auch wenn die errechneten Lebenserwartungsdifferenzen zwischen gut und schlecht gestellten Personen variieren: Eine immer wieder zitierte Studie von Karl Lauterbach und anderen aus dem Jahr 2006 errechnet eine durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen, die ein monatliches Bruttoeinkommen von weniger als 1500 Euro zur Verfü-

Abbildung: Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung; Alle Erwerbstätigen in Deutschland



Quelle: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE) Köln.

gung haben, von 78,4 Jahren, im Gegensatz zu Frauen, die über ein monatliches Bruttoeinkommen von mehr als 4500 Euro verfügen, von 87,2 Jahren. Bei Männern ist die Differenz ebenso ausgeprägt: Männer, die weniger als 1500 Euro Bruttoeinkommen besitzen, leben im Durchschnitt 71,1 Jahre, während Männer, die mehr als 4500 Euro monatliches Bruttoeinkommen aufweisen, mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 80 Jahren rechnen können (siehe die *Abbildung*).²

Auch das Bildungsniveau wird in sozial-epidemiologischen Studien immer wieder als besonders relevante Stellgröße für die indi-

¹ Maßgeblich zur Rolle des Einkommens sind die Studien des britischen Sozialepidemiologen Richard Wilkinson und seiner Kollegin Kate Pickett. Vgl. Richard G. Wilkinson/Kate E. Pickett, *Das Problem relativer Deprivation. Warum einige Gesellschaften erfolgreicher sind als andere*, in: Ullrich Bauer u. a. (Hrsg.), *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*, Wiesbaden 2008, S. 59–86; dies., *Gleichheit ist Glück. Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind*, Frankfurt/M. 2009.

² Die Abbildung und die Zahlen sind entnommen aus: Karl Lauterbach u. a., *Zum Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung*, Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2006, Köln 2006, S. 7; eine Lebenserwartungsdifferenz von fünf Jahren für Frauen und von zehn Jahren für Männer findet sich in: Anette Reil-Held, *Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger?*, Mannheim 2000.

viduelle Gesundheit hervorgehoben.³ Je geringer das individuelle Bildungsniveau – so könnte man zunächst ganz allgemein zusammenfassen –, desto größer die Wahrscheinlichkeit einer ganzen Reihe von Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankungen, Skeletterkrankungen oder Depressionen. Einer der bedeutendsten Sozialepidemiologen in Deutschland, der sich um die Diskussion gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland besonders verdient gemacht hat, ist Andreas Mielck. In einer den Forschungsstand gut zusammenfassenden Studie zeigt er auf, dass allein der Erwerb des Abiturs eine deutliche Differenz in der Lebenserwartung markiert (bei Männern von 3,3 Lebensjahren, bei Frauen von 3,9 Lebensjahren).⁴

Das verfügbare Einkommen und das erreichte Bildungsniveau sind aber keineswegs die einzigen gesundheitsrelevanten Ressourcen. Wir wissen ferner, dass sich beispielsweise die berufliche Position, Arbeitslosigkeit oder die Beschaffenheit des sozialen Nahraums – zum Beispiel ein sozial segregierter Wohnort oder eine Hochhaussiedlung, die als sozialer Brennpunkt gilt – ungünstig auf die Gesundheit auswirken. Insbesondere für räumliche Effekte auf die Gesundheit liegen für Deutschland sehr wenige Daten vor. Ein Seitenblick auf die USA offenbart im Hinblick auf gesundheitliche Ungleichheit ein Schreckensszenario: „Research (...) using official data from twenty-three rich and poor areas in the United States found that white women who had reached the age of sixteen and were living in the richest areas could expect to live until they were eighty-six years old, compared to seventy for black women in the poorest areas of New York, Chicago, and Los Angeles – a difference of sixteen years. Similarly, sixteen-year-old white men living in rich areas could expect to live until they

were seventy-four or seventy-five, whereas black men in the poorest areas could expect to live to only about fifty-nine. The difference in life expectancy between whites in rich areas and blacks in poor areas of the United States was close to sixteen years for both men and women.“⁵

In den Gesundheitswissenschaften und der Sozialepidemiologie liegen mittlerweile eine große Anzahl von Untersuchungen, Studien und Daten vor, mit denen sich das bedrohliche Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit auch für Deutschland abschätzen lässt. Dass es gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland gibt, ist eindeutig. Offen ist im Augenblick, ob sie in den vergangenen Jahren zugenommen hat – wofür einige Anzeichen sprechen – und wie die stetige Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit zu erklären ist.

Sozialepidemiologische Erklärungen

Die Abhängigkeit des individuellen Gesundheitszustands von bestimmten Einflussgrößen kann zunächst einmal nicht überraschen. Das Risiko, an Lungenkrebs zu erkranken, ist für einen Tiefbauarbeiter, der dreißig Jahre lang Kalth Asphalt auf Straßen aufträgt, höher als für einen Hartz-IV-Case-Manager, selbst wenn beide Raucher sind. Auch ist unmittelbar einsichtig, dass heruntergekommene, nicht sanierte Wohnquartiere durch Schimmelpilzbefall, Feuchtigkeit oder Lärmbelastungen größere Krankheitsrisiken für die Bewohnerinnen und Bewohner mit sich bringen als ein Wohnen in gediegenen, wohlhabenden Vierteln.⁶

Diese mehr oder weniger unmittelbaren Effekte des Zusammenhangs von Arbeits-

³ Eine gute Übersicht über die Zusammenhänge liefern John Mirowsky/Catherine Ross, *Education, Social Status and Health*, New York 2003; für den deutschen Sprachraum sind die Studien von Thomas Abel und Mitarbeitenden zentral, z. B.: Thomas Abel u. a., *Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit*, in: Matthias Richter/Klaus Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden 2006.

⁴ Vgl. Andreas Mielck, *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*, Bern 2005, S. 16.

⁵ Richard G. Wilkinson, *The Impact of Inequality*, New York-London 2005, S. 14 f.

⁶ Vgl. zum Zusammenhang von Gesundheit und Raum z. B. Frank J. van Lenthe u. a., *Neighbourhood Unemployment and All Cause Mortality: a Comparison of Six Countries*, in: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59 (2005) 3, S. 231–237; Nico Dragano et al., *Neighbourhood Socioeconomic Status and Cardiovascular Risk Factors: a Multilevel Analysis of Nine Cities in the Czech Republic and Germany*, in: *BMC Public Health*, 7 (2007), online: www.biomedcentral.com/1471-2458/7/255 (23. 9. 2010).

und Umweltbelastungen einerseits sowie gesundheitlichem Zustand und Krankheitsrisiko andererseits werden dann wesentlich komplexer, wenn die statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit, dem erreichten Bildungsniveau und dem verfügbaren Einkommen auf der einen Seite sowie den Krankheitsrisiken und sozial ungleichen Sterblichkeitsraten auf der anderen Seite erklärt werden sollen. Um den Befund zu erklären, dass eine niedrige Schichtzugehörigkeit oder ein geringer Bildungsabschluss mit spezifischen Krankheitsrisiken und vorzeitigem Tod einhergeht, sind eine Reihe von – in der Regel sehr impliziten – Zusatzannahmen notwendig. Denn solche Sozialstrukturindikatoren wie Einkommen, Bildung oder soziale Schicht folgen stets einer Ressourcenlogik: Ein hoher sozialer Status, hohes Einkommen, hohes Bildungsniveau gehen mit vielen Handlungsressourcen, ein geringer Sozialstatus, geringes Einkommen, geringes Bildungsniveau mit entsprechend wenigen Handlungsressourcen einher.

Nun ist die Verfügbarkeit über ein monatliches Bruttoeinkommen von nur 1500 Euro oder ein erreichter Hauptschulabschluss *nicht unmittelbar* ein gesundheitsgefährdender Tatbestand. Theoretisch lässt sich selbst mit relativ wenig Geld in hoch entwickelten kapitalistischen Gesellschaften ebenso ein gesundheitsverträgliches Leben führen wie mit einem Hauptschulabschluss, wenn einmal die durchaus wahrscheinlichen, anhängenden gesundheitsschädigenden Wohn- und Arbeitsbedingungen außer Acht gelassen werden.⁷ Der *missing link* zwischen Schichtzugehörigkeit und den formalen Handlungsressourcen Geld und Bildung sowie den Krankheitsrisiken und Gesundheitseinschränkungen liegt in der Sozialepidemiologie im individuellen Gesundheitsverhalten. Die Differenzen im

⁷ Dieser Satz ist polemisch. Die Realisierung eines gesundheitszuträglichen Lebensstils kostet Geld – von teureren Bio-Lebensmitteln angefangen über Sportvereinsmitgliedschaften bis hin zu kostenintensiver Sportkleidung. Es ist kaum übertrieben festzustellen, dass eine Hartz-IV-Sozialpolitik nicht mit Ideen einer Gesundheitsförderung und Krankheitsreduzierung in Einklang zu bringen ist. Vgl. hierzu z.B. Peter-Ernst Schnabel, *Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren*, Weinheim-München 2006; Gregor Hensen/Peter Hensen (Hrsg.), *Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit*, Wiesbaden 2008. Wir werden weiter unten darauf zurückkommen.

Gesundheitsverhalten bilden das sozialepidemiologische Erklärungsfundament, auf dem die statistischen Signifikanz in den Krankheitsrisiken und Lebenserwartungen ruhen. Es erscheint logisch, dass ein gesundheitsabträgliches Verhalten mit überhöhtem bewegungsaktivem Fernsehkonsum, fettreicher Ernährung und extensivem Alkohol- und Tabakgenuss auf lange Sicht gegenüber einem gesundheitszuträglichem, bewegungsintensivem und ernährungsbewusstem Verhalten zu statistisch erhöhten Krankheits- und Sterblichkeitsrisiken führt.

Kulturelle und milieuspezifische Differenzen

Was die Sozialepidemiologie nicht oder nur unzureichend zu erklären vermag, ist, warum sich Individuen bzw. nach bestimmten Merkmalen definierte Gruppen von Menschen (statistische Aggregate) so verhalten, wie sie sich eben verhalten – oder mit den Worten des britischen Gesundheitswissenschaftlers Michael Marmots: Wenn individuelles Gesundheitsverhalten die Ursache (*cause*) für gesundheitliche Ungleichheiten ist, was sind dann die *causes of the causes*? Wird individuelles Gesundheitsverhalten aus einer Ressourcenlogik heraus erklärt, dann haben die gesundheitlichen Risikogruppen entweder nicht genug Geld, um gesundheitszuträglich zu leben, oder sie sind aufgrund ihres geringen formalen Bildungsniveaus nicht in der Lage, ihr Gesundheitsverhalten mittel- und langfristig einschätzen zu können, und verhalten sich deshalb gesundheitsabträglich. Bisweilen gilt sogar beides.

Solchen (hier in der kritischen Zuspitzung überzeichneten) sozialepidemiologischen Erklärungsansätzen, die soziale Großgruppenkategorien wie Einkommensschwache oder Bildungsferne unmittelbar mit individuellem Verhalten in Verbindung bringen, fehlt eine Dimension, die sich nicht ohne Weiteres in eine messbare Variable übertragen lässt.⁸

⁸ In der Public-Health-Literatur existieren eine Reihe von fruchtbaren Anknüpfungspunkten für die hier vorgeschlagene Perspektive. Zu nennen ist u.a. Annette Sperlich/Andreas Mielck, *Sozialepidemiologische Erklärungsansätze im Spannungsfeld zwischen Schicht- und Lebensstilkonzepten. Plädoyer für eine integrative Betrachtung auf der Grundlage der Bourdieuschen Habitusstheorie*, in: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 11 (2003) 2, S. 165–179.

Es handelt sich um die kulturelle Dimension von Verhaltensweisen, die nicht unmittelbar deckungsgleich ist mit ihrer materiellen Seite, also mit den verfügbaren Handlungsressourcen. Individuelle Verhaltensweisen sind eingebettet in überindividuelle kulturelle Orientierungen, denn gesellschaftliche Normen und Werte sind nach wie vor die sozialen Motoren für individuelle Verhaltensweisen. Normen und Werte unterscheiden sich aber innerhalb einer Bevölkerung ganz erheblich. Solche normativen und alltagspraktischen Differenzierungslinien verlaufen – um auf einen jüngeren Vorschlag in der Erforschung gesundheitlicher Ungleichheiten zurückzugreifen – entlang von sozialen Milieus. Der Ungleichheitsforscher Michael Vester, der den Milieuansatz in Deutschland etabliert hat, führt hierzu aus: „Die Lebensführung der Menschen, von der auch ihr Verhältnis zu Gesundheit und Krankheit abhängt, ist nach sozialen Milieus verschieden. (...) Gesundheitsrelevant ist (...) die ‚tätige Seite‘, die Gesamtheit der Lebenspraxis der Milieus und ihrer Teilgruppen. (...) Moralische und materielle Aspekte sind verbunden mit Beziehungszusammenhängen und mit spezifischen körperlichen und geistigen, individuellen und geselligen, belastenden und aufbauenden – immer gesundheitsrelevanten – Tätigkeiten und damit biografischen Strategien, die die Bildungs- und Berufsweg anbahnen.“⁹

Individuelles Verhalten und individuelle Lebensführung wird im Rahmen eines Ansatzes, der vor allem auf die kulturelle Seite alltäglicher Lebenspraxis schaut, durch die Zugehörigkeit zu sozialen Milieus erklärt. Soziale Milieus sind als kulturelle Verdichtungen traditionsreicher sozialer Gruppen

⁹ Michael Vester, Milieuspezifische Lebensführung und Gesundheit, in: Health Inequalities. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Nr. 45, (2009), S. 36–56; hier S. 36f.; Versuche, den Ansatz sozialer Milieus für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten zu nutzen, finden sich u.a. in Ullrich Bauer, Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung, Wiesbaden 2005, S. 186–196; Ullrich Bauer/Uwe H. Bittlingmayer, Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung, in: Klaus Hurrelmann u.a. (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim-München 2006, S. 781–818; Sybille Nideröst, Männer, Körper und Gesundheit. Somatische Kultur und soziale Milieus bei Männern, Bern 2007.

(Arbeiterklasse, Kleinbürgertum, herrschende Klasse, Subproletariat) mit unterschiedlichen verfügbaren Handlungsressourcen zu verstehen. Erst durch die Zugehörigkeit zu spezifischen sozialen Milieus – so unsere These im Anschluss an die Arbeiten von Vester und anderen – erhalten soziale Praktiken, Alltagsroutinen und Bewertungsmuster von Gesundheit ihren individuellen sowie ihren sozialen Sinn.¹⁰

Um also – so lässt sich zusammenfassen – die Verhaltensdifferenzen von Menschen befriedigend zu erklären, sind klassenkulturelle, nach sozialen Milieus unterschiedene Wahrnehmungen der sozialen Welt und der Einschätzung und Wertschätzung von individuellen Verhaltensweisen als überindividuelle, Sinn setzende Verhaltensstrukturierungen zu berücksichtigen, mit denen die vorhandenen Unterschiede in den verfügbaren Handlungsressourcen milieuspezifisch interpretiert und symbolisch in Wert gesetzt werden. Diese Perspektive lässt sich als Ethnologie der eigenen Gesellschaft bezeichnen und ist prominent von Irving Goffman und Pierre Bourdieu vertreten worden. Die Einnahme eines solchen ethnologischen Blicks auf die Verhaltensweisen der einheimischen Bevölkerungsgruppen, wie er hier für die Gesundheitswissenschaften und Sozialepidemiologie eingeklagt wird, erlaubt es, die Kontextgebundenheit individuellen Gesundheitsverhaltens präziser zu bestimmen als ausschließlich ressourcenorientierte Ansätze. Die Ethnologie lässt sich hier nutzen als eine spezialisierte Wissenschaft zur Erforschung kultureller Differenzen.

Ethnische Zugehörigkeit

Die milieuspezifischen klassenkulturellen Differenzlinien sind nicht die einzigen kulturellen Differenzen, die in einer hoch entwickelten und modernen Industriegesellschaft auffindbar sind. Das Bild sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit wird noch einmal komplexer, wenn die zweite große kulturelle Differenzierungsli-

¹⁰ Maßgeblich ist hierzu die Pionierstudie des französischen Soziologen Pierre Bourdieu, der statt von sozialen Milieus von Klassenfraktionen spricht. Vgl. Pierre Bourdieu, Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft, Frankfurt/M. 1982.

nie, die ethnische Zugehörigkeit, ins Blickfeld gerät. Die Sozialepidemiologie hat eine ganze Reihe von zum Teil widersprüchlichen Befunden zusammengetragen, ob Menschen mit anderen ethnischen Zugehörigkeiten als der deutschen beziehungsweise Menschen mit Migrationshintergrund (im Folgenden werden diese beiden Bezeichnungen der Lesbarkeit halber synonym verwendet) innerhalb Deutschlands als besondere gesundheitliche Risikogruppe betrachtet werden müssen oder aber – im Gegenteil – sogar einen gegenüber Deutschen besseren durchschnittlichen Gesundheitszustand aufweisen.¹¹ Für beide Richtungen gibt es ausreichend Befunde.

Besonders auffällig sind Migranten aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive dann, wenn sie zwar überproportional in einer niedrigen sozialen Schicht anzutreffen sind, sich daraus aber kein erhöhtes Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko ergibt: „Innerhalb der nicht migrierten Bevölkerungsgruppen ist hinreichend bekannt, dass ein niedrigerer sozialer Status mit erhöhten Risiken für Krankheit und vorzeitigem Tod einhergeht (...). Paradoxe Weise haben Migranten aber trotz ihrer sozialen Benachteiligung oftmals eine niedrigere Sterblichkeit als die Allgemeinbevölkerung (...). Dieser Vorteil ist zum Teil ausgeprägt.“¹² Die Faustformel, dass ein niedriger sozialer Status und niedrige Bildung mit erhöhten Krankheits- und Sterblichkeitsrisiken verbunden ist, muss also für Menschen mit nicht-deutscher ethnischer Zugehörigkeit zumindest relativiert werden.

Andererseits weisen Menschen mit Migrationshintergrund durchaus auffällige einzelne Gesundheitsbelastungen auf. So sind Tuber-

¹¹ Einen kurzen Überblick über positive und negative Befunde der Migrationsbevölkerung im Gegensatz zur einheimischen Bevölkerung findet sich u. a. in Jacob Spallek/Oliver Razum, Erklärungsmodelle für die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten, in: U. Bauer (Anm. 1), S. 274 ff.; Robert Koch-Institut (Hrsg.), Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2008; Diana Sahrai, Healthy Migrants oder besondere Risikogruppe? Zur Schwierigkeit des Verhältnisses von Ethnizität, Migration, Sozialstruktur und Gesundheit, in: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Nr. 45, (2009), S. 70–94.

¹² J. Spallek/O. Razum (Anm. 11), S. 274.

kuloseinfektionen bei Migranten gegenüber der deutschen Bevölkerung ebenso signifikant erhöht wie die Säuglingssterblichkeit (in deutschen Krankenhäusern!). Die subjektive Zufriedenheit mit dem eigenen gesundheitlichen Zustand ist bei türkischen Männern ab einem Alter von 44 Lebensjahren gegenüber deutschen Männern, aber auch gegenüber Männern aus anderen Anwerbeländern, deutlich niedriger. Und schließlich ist das Risiko, an Fettleibigkeit zu leiden, bei nichtdeutschen Frauen ab einem Alter von 40 gegenüber deutschen Frauen signifikant erhöht.¹³

Für den vorliegenden Argumentationszusammenhang ist es weniger zentral, ob nun Angehörige von ethnischen Minderheiten *positiv* oder *negativ auffällig* sind in Hinblick auf Krankheitsrisiken und Sterblichkeitsraten, sondern dass sie *zunächst unabhängig* von der Richtung des statistischen Effekts in der Regel (aber nicht immer) eine *statistisch signifikante Gruppe* bilden. Auch diese Differenzen zwischen Angehörigen ethnischer Minderheiten und der deutschen Mehrheitsgesellschaft werden mit großer Wahrscheinlichkeit durch individuelle Verhaltensunterschiede hervorgerufen. Und ebenso wie bei den milieuspezifischen kulturellen Differenzen ist auch bei den kulturellen Differenzen im Gesundheitszustand entlang ethnischer Differenzierungslinien davon auszugehen, dass es sich hier um alltägliche individuelle Verhaltensunterschiede handelt, die durch überindividuelle Normen und Werte strukturiert sind. Aber anders als bei den klassenkulturellen milieuspezifischen Differenzen liegen die ethnischen Differenzen zunächst einmal quer zu einer ungleichen Ressourcenlogik.

Soziale Ungleichheiten in den durchschnittlich verfügbaren Handlungsressourcen zwischen der Migrationsbevölkerung und der deutschen Mehrheitsgesellschaft spielen eine wichtige Rolle – die (klassen-)kulturell verankerten gesundheitsbezogenen Differenzen zwischen Migranten und Nicht-Migranten gehen aber nicht darin auf.

¹³ Alle aufgeführten Vergleiche in diesem Absatz sind entnommen aus Robert Koch-Institut (Anm. 11), S. 38–40 für Tuberkulose, S. 35 für Säuglingssterblichkeit, S. 50 ff. für subjektive Gesundheit und S. 52 ff. für Übergewicht/Fettleibigkeit.

Ebenso bedeutsam für die Gesundheit sind beispielsweise Verhaltensweisen, die aus kulturellen Ernährungs- und Bewegungsvorschriften hervorgehen oder kulturell unterschiedliche Vorstellungen von Krankheitsursachen und Gesundheitskonzepten transportieren.

Diese kulturellen Differenzen werden traditionell von der Medizinethnologie beschrieben. Dabei werden in den klassischen Texten andere als die modernen bio-medizinischen Krankheits- und Gesundheitskonzepte empirisch und kulturvergleichend nachgezeichnet.¹⁴ Das Besondere einer ethnologischen Perspektive ist dabei, von normativen Beurteilungen so weit wie möglich abzusehen. Stattdessen werden fremde Krankheits- und Gesundheitskonzepte zunächst als soziale Tatsachen bestimmt und die Konsequenzen für das Verhalten von Individuen beschrieben. Jüngere Studien weisen über die Bestimmung und Beschreibung kultureller Differenzen hinaus und zeigen die Verschränkungen und Überlappungen von traditionellen und bio-medizinischen Verständnissen von Krankheit und Gesundheit auf. So wird etwa in bestimmten Gebieten Indonesiens oder Indiens ein gebrochener Arm im nächsten Krankenhaus behandelt, während Krankheit gleichzeitig mit einer möglichen De-Sozialisierung des Kranken von der kulturellen Gemeinschaft in Verbindung gebracht wird.¹⁵

Gerade diese Analysen der Pluralisierung von Krankheitskonzepten und Gesundheitsvorstellungen dürften für multiethnische Industriegesellschaften wie Deutschland in hohem Maße gelten. Der Gesundheitswissenschaft wäre zum besseren Verständnis sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten gerade bei der Migrationsbevölkerung diese ethnologische Perspektive hilfreich, um die Ursachen

hinter den Verhaltensdifferenzen sensibel nachzuzeichnen und als soziale Tatsachen, die individuelles Verhalten strukturieren, anzuerkennen. Wird die Erforschung und Thematisierung gesundheitlicher Ungleichheiten um eine ethnologische Perspektive ergänzt, ergeben sich wichtige gesundheitspolitische Konsequenzen, die abschließend skizziert werden sollen.

Gesundheitspolitische Konsequenzen einer ergänzenden ethnologischen Perspektive

Es ist breiter Konsens in den Gesundheitswissenschaften, aber auch in den gesundheitspolitischen Diskussionen, dass die mittlerweile auch für Deutschland empirisch gut beschriebenen bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten reduziert werden sollten. Die aktuellen Versuche zur Reduktion dieser sozialen Ungleichheiten zielen vor allem auf die Änderung gesundheitsschädlichen individuellen Verhaltens ab – mit starkem Fokus auf sozial benachteiligte Gruppen, den so genannten Risikogruppen.

Die hier vorgeschlagene Perspektive einer Verknüpfung von Ungleichheitsforschung und ethnologischer Perspektive, wie sie in den Werken von Pierre Bourdieu und Michael Vester zu finden ist, sollte für das Verständnis und die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten stärker als bislang fruchtbar gemacht werden. Aus einer solchen Perspektive wäre zunächst die aktuelle gesundheitspolitische Strategie zu überdenken. Denn wenn individuelles Verhalten durch überindividuelle kulturelle Kontexte vorstrukturiert wird, dann wird verständlich, warum Versuche, durch Aufklärungskampagnen, allgemeine Gesundheitserziehung und -bildung individuelle Verhaltensänderungen herbeizuführen, so häufig scheitern, selbst wenn für die Individuen unmittelbare Gesundheitsgewinne zu erwarten sind. Ernst zu nehmen wäre einmal mehr das strukturorientierte Motto der Weltgesundheitsorganisation (WHO): „Making the healthier choice the easier choice.“

Die meisten Gesundheitswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler sind sich darin einig, dass sich die Veränderung gesundheits-

¹⁴ Eine wichtige klassische Studie ist z. B. Edward E. Evans-Pritchard, *Hexerei, Orakel und Magie bei den Zande*, Frankfurt/M. 1978.

¹⁵ Siehe für Indonesien Jos D. M. Platenkamp, *Health as a Social Condition*, in: *Folk*, 40 (1998), S. 57–69; für Indien Tina Otten, *Heilung durch Rituale. Zum Umgang mit Krankheit bei den Rona im Hochland Orissas, Indien*, Münster 2006; Tina Otten/Stefan Ecks, *Medizinethnologie Südasiens: Ritus, Pluralismus, Postkolonialismus*, in: *Curare*, 27 (2004) 1+2, S. 129–137.

abträglicher gesellschaftlicher Verhältnisse nachhaltiger auf die Verbesserung des gesundheitlichen Zustands der Gesamtbevölkerung auswirkt als Maßnahmen zur Veränderung des individuellen Gesundheitsverhaltens. Das würde auch bedeuten, dass sich die Priorität bei der Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten zu einer umverteilenden Sozialpolitik verschiebt: Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist die Existenz von Armut die wichtigste Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. Will Gesundheitspolitik gesundheitliche Ungleichheit ernsthaft reduzieren und die auch in Deutschland markanten Differenzen in der Lebenserwartung unterschiedlicher sozialer Gruppen angleichen, dann sollte sie mit Armutsbekämpfung beginnen.

Auch aus einer ethnologisch ergänzten Perspektive wäre die Reduktion von Ressourcenungleichheiten ein primäres Ziel. Diese Sichtweise geht aber über die Thematisierung von Ressourcenungleichheiten hinaus und nimmt die symbolische Dimension kultureller Differenzen mit in den Blick. Denn soziale Ungleichheiten entfalten sich ebenso entlang von kulturellen Hierarchisierungen. So können zum Beispiel Angehörige von ethnischen Minderheiten oder unterprivilegierten Milieus auf der Grundlage ihrer (klassen-)kulturellen Bezugssysteme über andere Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit und entsprechend andere Verhaltensweisen als die definitionsmächtige einheimische Mittelschicht verfügen. Wenn diese aber durch den in Deutschland durch die Mehrheitsgesellschaft (selbst in seiner klassenkulturellen Differenziertheit) herrschenden Konsens über angemessene Verhaltensweisen oder Einstellungsmuster gegenüber Gesundheit und Krankheit (oder auch Prävention) als illegitime, unangemessene Verhaltensweisen wahrgenommen werden, dann schlagen kulturelle Differenzen um in gesundheitliche Ungleichheiten.

Die Handlungsdimension dieser Form gesundheitlicher Ungleichheit folgt keiner Ressourcenlogik, sondern einer Logik kultureller und symbolischer Abwertung. Gesundheitspolitik müsste sich zur Vermeidung solcher Ungleichheiten eine ethnologische Perspektive aneignen, die darauf abzielen würde, (milieuspezifische oder eth-

nische) kulturelle Differenzen, zunächst unabhängig davon, ob sie gesundheitszuträglich oder gesundheitsabträgliche individuelle Verhaltensweisen provozieren, als gleichermaßen individuell handlungsmotivierend und sinnstiftend wahrzunehmen.

Damit wäre ein präziseres Verständnis gesundheitlicher Ungleichheit zu gewinnen. Erst in einem zweiten Schritt wäre dann zu überlegen, wie gesundheitsabträgliche und riskante Elemente kultureller Bezugssysteme – übrigens auch der deutschen Mittelschichtmilieus mit ihrem überzogenen Arbeitsethos – überwunden werden können. Denn aus einer ethnologischen Ergänzung der Gesundheitswissenschaften im Allgemeinen und der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung im Besonderen folgt nicht die unkritische Feier aller kulturellen Differenzen, sondern ein genaueres Verständnis individueller gesundheitsabträglicher Verhaltensweisen.

Die normative Zielperspektive für eine entsprechende Gesundheitspolitik wäre die Kombination aus einer umfassenden Ressourcenumverteilung, der vorrangigen Veränderung gesellschaftlicher Institutionen und Strukturen in Richtung Gesundheitsförderung und der mittelfristigen Veränderung der kulturellen Bezugssysteme in Richtung Gesundheitszuträglichkeit bei prinzipieller Anerkennung und Akzeptanz kultureller Differenzen. Es lässt sich nicht bestreiten, dass wir im Moment von einer solchen Perspektive und Praxis in der Gesundheitspolitik noch sehr weit entfernt sind – umso dringender ist es, eine Veränderung in der Perspektive auf den Weg zu bringen.

Thomas Lampert · Thomas Ziese ·
Bärbel-Maria Kurth

Gesundheitliche Entwicklungen und Trends in Ost- und Westdeutschland

Seit der Wiedervereinigung Deutschlands vor 20 Jahren wurden enorme gesellschaftliche Anstrengungen unternommen,

Thomas Lampert

Dr. PH, geb. 1970; stellvertretender Leiter des Fachgebiets Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut (RKI), General-Pape-Straße 62–64, 12101 Berlin. lampertt@rki.de

Thomas Ziese

Dr. med., geb. 1964; Leiter des Fachgebiets Gesundheitsberichterstattung, RKI (s. oben). zieset@rki.de

Bärbel-Maria Kurth

Dr. rer. nat., geb. 1954; Leiterin der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, RKI (s. oben). kurthb@rki.de

um die Lebensverhältnisse in den neuen Bundesländern an die in den alten anzugleichen. In vielen Bereichen konnte eine Annäherung erreicht werden, welche sich auch im Lebensstandard und in der subjektiven Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen widerspiegelt.¹ Von einer vollständigen Angleichung der Lebensverhältnisse der Menschen in Ost- und Westdeutschland kann allerdings keine Rede sein. So konnte die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit in den neuen Bundesländern zwar deutlich gesteigert werden, das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Einwohner beträgt aber auch gegenwärtig lediglich 73 Prozent des Durchschnitts der alten Bundesländer. Ebenso sprechen eine höhere Arbeitslosigkeit und Armutsbetroffenheit dafür, dass sich die Lebensverhältnisse der Menschen in Ost- und Westdeutschland noch voneinander unterscheiden.²

Für die Entwicklung der gesundheitlichen Lage in Ostdeutschland war darüber hinaus der tiefgreifende Wandel des Gesundheitssystems und der gesundheitlichen Versorgung

von großer Bedeutung. Der Angleichungsprozess an die westdeutschen Strukturen erfolgte in einigen Bereichen, vor allem in der vertragsärztlichen Versorgung sowie im Arzneimittelsektor, sehr schnell, so dass bereits nach einigen Jahren ähnliche Bedingungen wie in Westdeutschland vorzufinden waren. Entsprechend rasch konnten Versorgungsdefizite, die in der DDR etwa hinsichtlich der Verfügbarkeit moderner diagnostischer und therapeutischer Verfahren bestanden hatten, beseitigt werden. In den Bereichen, in denen komplexe Versorgungsstrukturen weitgehend neu geschaffen werden mussten, wie etwa bei der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen, der rehabilitativen und der pflegerischen Versorgung, verlief der Aufbau etwas weniger dynamisch, kann mittlerweile aber auch als weitgehend abgeschlossen gelten.³

Eine erste Bestandsaufnahme zur gesundheitlichen Lage in den ost- und den westdeutschen Bundesländern wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) anlässlich des zehnten Jahrestages der deutschen Einheit vorgenommen. Der im Jahr 2000 vorgelegte Bericht und der Nachfolgebericht aus dem Jahr 2004 zeigten, dass sich viele der kurz nach der Wiedervereinigung zu beobachtenden Unterschiede im Gesundheitszustand, im Gesundheitsverhalten und in der Gesundheitsversorgung verringert hatten.⁴ Die Beobachtungen waren aber zumeist auf die 1990er Jahre begrenzt, und zu vielen Aspekten der gesundheitlichen Lage mangelte es an aussagekräftigen Daten. Vor diesem Hintergrund wurde das Robert Koch-Institut (RKI) im Frühjahr 2009 beauftragt, einen Bericht zu erstellen, der auf einer breiteren und verbesserten Datengrundlage eine Bilanz nach 20 Jahren gemeinsamer Entwicklung ermöglichen sollte. Der Bericht, der ein breites Spektrum gesundheitspolitischer Themen ab-

¹ Vgl. Bundesministerium des Innern (BMI), Jahresbericht der Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit, Berlin 2010; Destatis/gesis-zuma/WZB, Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn 2008.

² Vgl. BMI (Anm. 1).

³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), Gesundheit in den neuen Ländern. Gesundheitliche Lage und Stand der Entwicklung, Berlin 2004.

⁴ Vgl. BMG, Gesundheit in den neuen Ländern. Stand, Probleme und Perspektiven nach 10 Jahren Deutscher Einheit, Bonn 2000; vgl. BMGS (Anm. 3).

deckt, beschränkt sich allerdings nicht auf den Ost-West-Vergleich, sondern betrachtet auch regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und zum Teil auch auf Ebene der für Deutschland ausgewiesenen Raumordnungsregionen. Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse des Berichtes dargestellt, der im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zum 20. Jahrestag des Mauerfalls am 9. November 2009 publiziert wurde.⁵

Entwicklungen und Trends

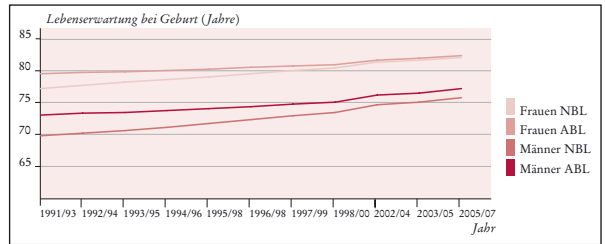
Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt lag zu Beginn der 1990er Jahre für Frauen aus den neuen Bundesländern bei 77,2 Jahren und damit um 2,3 Jahre niedriger als für Frauen aus den alten Bundesländern. Bei Männern betrug der Ost-West-Unterschied sogar 3,2 Jahre. Seitdem hat die Lebenserwartung weiter kontinuierlich zugenommen, wobei der Zugewinn an Lebenszeit in den ostdeutschen Ländern noch größer ausfiel als im Westen. Bis zu den Jahren 2005/07 stieg sie bei ostdeutschen Frauen auf 82 Jahre an und lag damit nur noch 0,3 Jahre unter dem Vergleichswert für westdeutsche Frauen. Für ostdeutsche Männer betrug sie 75,8 Jahre, was einer Differenz von 1,4 Jahren gegenüber westdeutschen Männern entsprach (*Abbildung 1*).

Entscheidenden Anteil an der Verringerung der Ost-West-Unterschiede in der Lebenserwartung hat der Rückgang der Sterblichkeit infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der sich im Osten noch schneller vollzog als im Westen. Kurz nach der Wiedervereinigung war die Herz-Kreislauf-Mortalität bei Frauen und Männern aus den neuen Bundesländern etwa 1,5-mal höher als bei Frauen und Männern aus den alten. Schon im Verlauf der 1990er Jahre kam es zu einer deutlichen Annäherung, die sich nach der Jahrtausendwende fortsetzte. Infolge dessen waren im Jahr 2007 nur noch vergleichsweise geringere Ost-West-Unterschiede in der Herz-Kreislauf-Mortalität festzustellen (*Abbildung 2*).

Neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören bösartige Neubildungen zu den bestimm-

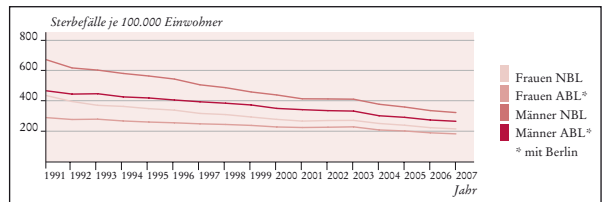
⁵ Vgl. Robert Koch-Institut (RKI), 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2009.

Abbildung 1: Mittlere Lebenserwartung bei Geburt



Quelle: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung 1991–2007.

Abbildung 2: Sterberaten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

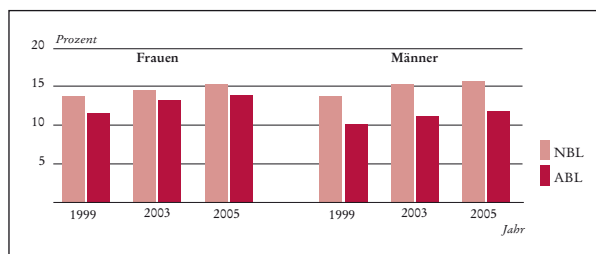


Altersstandardisiert auf die alte Europabevölkerung. Quelle: Todesursachenstatistik 1991–2007.

menden Erkrankungen des Krankheits- und Todesursachenspektrums. Wie für die Herz-Kreislauf-Mortalität, so lässt sich auch für die Sterblichkeit infolge von Krebserkrankungen ein Rückgang beobachten. Bezüglich der Krebssterblichkeit insgesamt bestehen heute wie vor 20 Jahren nur geringe Ost-West-Unterschiede. Für einzelne Krebslokalisationen zeigen sich aber Differenzen: Beispielsweise lag die Sterberate für Lungenkrebs bei Männern aus den ostdeutschen Ländern lange Zeit deutlich über der bei Männern aus den westdeutschen. Erst in den vergangenen Jahren hat im Zuge eines deutlichen Rückgangs der Sterberaten, der in Ostdeutschland stärker ausfiel als in Westdeutschland, eine Annäherung stattgefunden. Bei Frauen hingegen hat die Lungenkrebssterblichkeit zugenommen und sich im Zuge dessen der bereits zu Beginn der 1990er Jahre zu beobachtende Unterschied zu Ungunsten westdeutscher Frauen ausgeweitet.

Auch die Brustkrebssterblichkeit war kurz nach der Wiedervereinigung bei ostdeutschen Frauen niedriger als bei westdeutschen. Bis zum Jahr 2007 sank sie im Osten von 28 auf 20 Sterbefälle je 100 000 Frauen und im Westen von 33 auf 25 Sterbefälle, so dass der Ost-West-Unterschied weitgehend erhalten

Abbildung 3: Adipositasprävalenz in der 18-jährigen und älteren Bevölkerung



Quelle: Mikrozensus 1999, 2003, 2005.

geblieben ist. Auch die Neuerkrankungsrate für Brustkrebs ist in Ostdeutschland nach wie vor deutlich niedriger als in Westdeutschland.

Für die meisten anderen Krebslokalisationen haben sich die Sterbe- und Neuerkrankungsraten mittlerweile weitgehend angenähert, zum Beispiel bei Magenkrebs, Prostatakrebs bei Männern und Gebärmutterhalskrebs bei Frauen, oder es bestanden bereits zu Beginn der 1990er Jahre keine nennenswerten Ost-West-Unterschiede, etwa bei Bauchspeicheldrüsenkrebs und Leukämie.

Viele Herz-Kreislauf-, Krebs- und andere chronische Krankheiten können auf Risikofaktoren zurückgeführt werden, die im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten stehen. Dies trifft etwa auf den Tabakkonsum und auf Adipositas (Fettleibigkeit) zu. Für den Tabakkonsum lässt sich mit Daten der Gesundheitssurveys des RKI für die 25- bis 69-jährige Bevölkerung zeigen, dass zu Beginn der 1990er Jahre Frauen in den ostdeutschen Bundesländern mit 21 gegenüber 28 Prozent deutlich seltener rauchten als Frauen in den westdeutschen. In den Folgejahren hat das Rauchen bei ostdeutschen Frauen deutlich zugenommen und sich der Ost-West-Unterschied verringert. Im Jahr 2009 rauchten 28 Prozent der Frauen im Osten und 30 Prozent der Frauen im Westen. Bei Männern, die insgesamt deutlich häufiger rauchen als Frauen, lag die Rauchquote zu Beginn der 1990er Jahre in den ostdeutschen Bundesländern bei 41 Prozent und damit höher als in den westdeutschen mit 39 Prozent. Seitdem ist der Tabakkonsum bei Männern etwas zurückgegangen, wobei der Ost-West-Unterschied mit 38 gegenüber 36 Prozent erhalten geblieben ist.

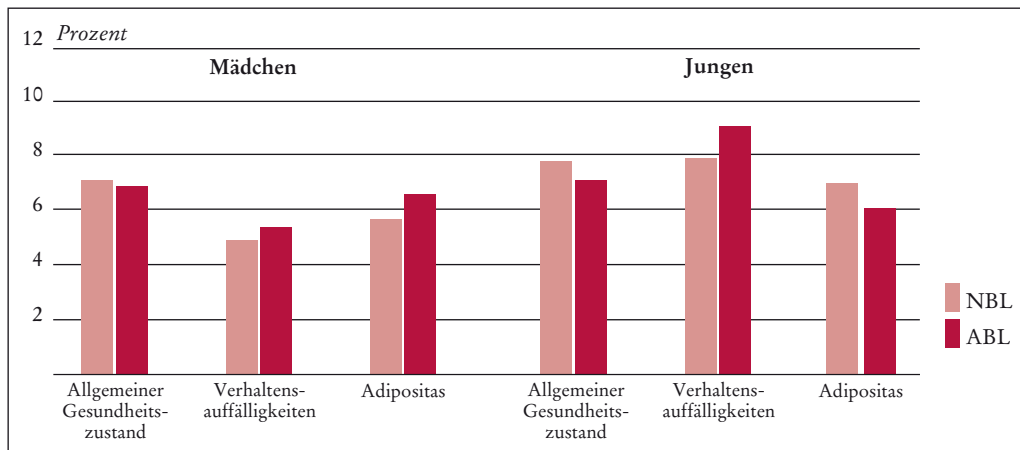
Darüber hinaus weisen die Daten des RKI aus den Jahren 1990 bis 1992 und 1998 auf eine stärkere Verbreitung der Adipositas im Osten hin. Für den Zeitraum von 1999 bis 2005 kann mit Daten des Mikrozensus gezeigt werden, dass die Verbreitung der Adipositas bei Frauen und Männern in beiden Landesteilen um etwa zwei Prozentpunkte zugenommen hat. Aufgrund dieser gleichförmigen Entwicklung gilt nach wie vor, dass mehr Frauen und Männer im Osten als im Westen adipös sind (Abbildung 3).

Gesundheitliche Situation der nach der Wiedervereinigung geborenen Generation

Die bisher dargestellten Ergebnisse bezogen sich auf Erwachsene, die im geteilten Deutschland gelebt und die Wiedervereinigung erlebt haben. Im Folgenden richtet sich der Blick auf die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen, die erst nach dem Fall der Mauer geboren wurden. Eine umfassende Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist mit den Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des RKI möglich, die in den Jahren 2003 bis 2006 erhoben wurden.¹⁶ Nach den KiGGS-Daten wächst die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund auf. Lediglich 7 Prozent der Eltern beurteilen den allgemeinen Gesundheitszustand ihres Kindes als „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Als verhaltensauffällig sind – unter Berücksichtigung von Verhaltensproblemen, emotionalen Problemen, Hyperaktivitätsproblemen und Problemen mit Gleichaltrigen – rund 7 Prozent der Heranwachsenden einzustufen. Übergewicht wurde in der KiGGS-Studie bei 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen festgestellt. Darin eingeschlossen sind 6 Prozent der Heranwachsenden, bei denen sogar eine Adipositas vorliegt. Zwischen Kindern und Jugendlichen aus den neuen und den alten Bundesländern sind diesbezüglich keine bedeutsamen Unterschiede festzustellen, auch

¹⁶ Vgl. RKI/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Erkennen-bewerten-handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin 2008.

Abbildung 4: Anteil der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen mit einem mittel-mäßigem bis sehr schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand, Verhaltensauffälligkeiten und Adipositas



Quelle: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003–2006.

nicht in Bezug auf Adipositas, die bei Erwachsenen nach wie vor in Ostdeutschland stärker verbreitet ist als in Westdeutschland (Abbildung 4).

Auch hinsichtlich der meisten im Kindes- und Jugendalter vorkommenden Erkrankungen stellt sich die Situation bei den Heranwachsenden in Ost- und Westdeutschland sehr ähnlich dar. Dies trifft sowohl auf akute Erkrankungen wie grippaler Infekt, Mandelentzündung, akute Bronchitis oder Blasen- und Harnwegsinfektionen als auch auf chronische Erkrankungen wie Allergien, Stoffwechselstörungen oder Migräne zu. Besonders bemerkenswert ist dieser Befund in Bezug auf allergische Erkrankungen, da frühere Studien bei Kindern wie Erwachsenen auf geringere Prävalenzen in Ost- im Vergleich zu Westdeutschland hingewiesen haben.¹⁷

Deutlichere Ost-West-Unterschiede zeigen sich bei impfpräventablen Krankheiten. Beispielsweise tritt Keuchhusten bei Kindern und Jugendlichen in den westdeutschen Ländern mit 10 gegenüber 3 Prozent mehr als dreimal so häufig auf wie bei Gleichaltrigen aus Ostdeutschland. Auch die Lebenszeitprävalenz von Masern und Scharlach liegt im Westen höher. Mumps und Röteln hingegen betreffen mehr Kinder in den ostdeutschen Bundesländern.

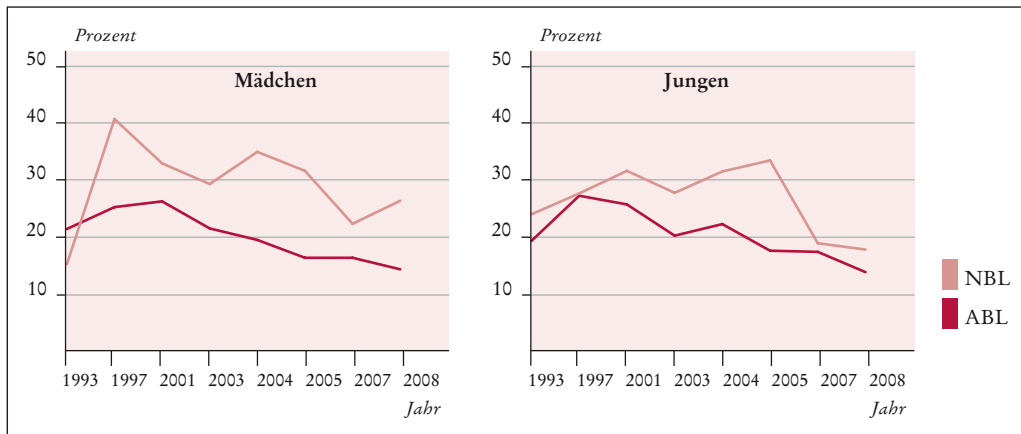
¹⁷ Vgl. BMG (Anm. 4).

Mit Blick auf den Ost-West-Vergleich sind darüber hinaus Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen interessant, zumal diese auch Aussagen über zeitliche Entwicklungen und Trends erlauben.¹⁸ Die BZgA-Daten zeigen, dass der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die zumindest gelegentlich rauchen, im Verlauf der 1990er Jahre zugenommen hat (Abbildung 5). Die Zunahme fiel dabei in den ostdeutschen Bundesländern stärker aus als in den westdeutschen. Im Jahr 2001 rauchten mit 31 gegenüber 26 Prozent mehr Jungen in Ost- als in Westdeutschland. Bei Mädchen war der Ost-West-Unterschied ähnlich stark ausgeprägt. Seitdem ist der Tabakkonsum bei Jugendlichen rückläufig, wobei der Entwicklungsverlauf im Westen kontinuierlicher war als im Osten. Auffällig ist insbesondere die in den vergangenen Jahren zu beobachtende neuerliche Zunahme des Rauchens bei Mädchen in Ostdeutschland, die entgegen dem generellen Trend verlief.

Im Hinblick auf den Alkoholkonsum zeigen die Daten der BZgA, dass der Anteil der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen, die mindestens einmal pro Woche alkoholhaltige Getränke konsumieren, seit einigen Jahren

¹⁸ Vgl. BZgA, Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 2008.

Abbildung 5: Tabakkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen



Quelle: Repräsentativerhebungen der BZgA 1993–2008.

rückläufig ist und im Jahr 2008 mit 23 Prozent gegenüber 17 Prozent im Osten höher lag als im Westen. Bezüglich des sogenannten Rauschtrinkens, bei dem fünf oder mehr alkoholhaltige Getränke pro Gelegenheit getrunken werden, und der insgesamt konsumierten Menge an reinem Alkohol sind hingegen keine statistisch signifikanten Ost-West-Unterschiede zu beobachten.

Der Konsum illegaler Drogen spielte in der DDR eine weitaus geringere Rolle als in der Bundesrepublik. Allerdings war im Osten Deutschlands bereits kurz nach der Maueröffnung eine deutliche Zunahme des Zuspruchs zu illegalen Drogen zu beobachten. Mittlerweile haben Jugendliche aus dem Osten ihre Altersgenossen aus dem Westen nicht nur eingeholt, sondern sogar überholt. Dass sie jemals illegale Drogen wie Cannabis, Ecstasy oder Amphetamine konsumiert haben, trifft nach den Zahlen der BZgA aus dem Jahr 2008 auf 15 Prozent der ostdeutschen und 9 Prozent der westdeutschen Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren zu. Die 12-Monats-Prävalenz liegt im Osten bei 11 Prozent und im Westen bei 7 Prozent.

Aufschlussreich für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen sind darüber hinaus Daten zur Inanspruchnahme von Präventionsangeboten. Mit den Daten der Einschulungsuntersuchungen kann gezeigt werden, dass die Beteiligung an Impfungen bei Kindern in den ostdeutschen Bundesländern zunächst höher war als in den westdeutschen. Noch Ende der

1990er Jahre zeichneten sich die Ost-West-Unterschiede in den Impfquoten deutlich ab. Seitdem hat die Teilnahme an Impfungen insgesamt stark zugenommen, auch bei Impfungen, bei denen lange Zeit erhebliche Defizite bestanden, etwa die zweite Masern-Impfung, die Pertussis- und die Hepatitis B-Impfung. Gleichzeitig haben sich die Ost-West-Unterschiede verringert, so dass sich im Jahr 2007 die Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen weitgehend angenähert hatten.

Neben Schutzimpfungen zählt das Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder zu den wichtigsten Präventionsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter. Die sogenannten U-Untersuchungen, die auf eine frühzeitige Erkennung von Entwicklungsdefiziten und Gesundheitsstörungen zielen und zum Regelkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, gibt es in den alten Bundesländern seit dem Jahr 1971, während sie in den neuen Bundesländern erst nach der Wiedervereinigung eingeführt wurden. So gesehen überrascht es nicht, dass die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen im Osten zunächst deutlich geringer war als im Westen. Noch 1997 ließen sich spätestens ab der U5 deutliche Unterschiede zu Ungunsten von Kindern aus den ostdeutschen Bundesländern ausmachen. Seitdem haben sich die Teilnahmequoten weiter angenähert. Im Jahr 2008 ließen sich anhand der Daten des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung nur noch geringe Ost-West-Unterschiede identifizieren. Die Teilnahmequoten für die Untersuchungen, die im ersten Le-

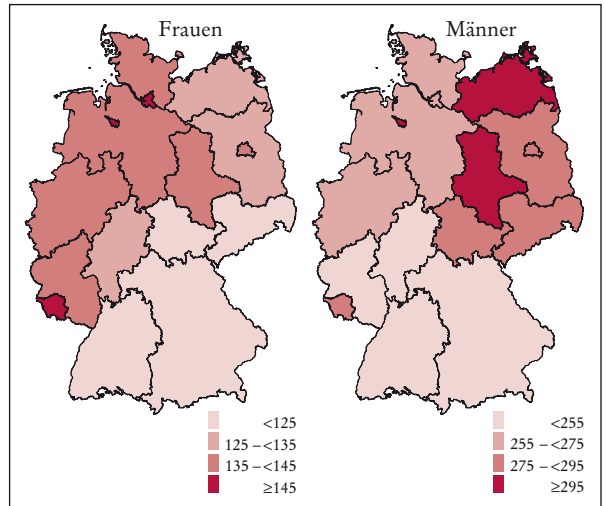
bensjahr durchgeführt werden, also bis zur U6, lagen im Osten wie im Westen bei über 90 Prozent. Zur U8 und U9 wurden knapp über 80 Prozent der Kinder vorgestellt.

Regionale Unterschiede jenseits der Ost-West-Perspektive

Die Betrachtung regionaler Unterschiede jenseits der Ost-West-Perspektive muss sich auf die Erwachsenenbevölkerung beschränken, da für Kinder und Jugendliche keine gleichermaßen belastbaren Daten zur Verfügung stehen. Welche Bedeutung der Analyse regionaler Unterschiede auf Ebene der einzelnen Bundesländer zukommt, lässt sich an der vorzeitigen Sterblichkeit verdeutlichen (Abbildung 6). In den Jahren 2004/06 war bei Frauen die vorzeitige Sterblichkeit im Saarland und in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg am höchsten. Auch in Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Berlin lag sie über dem Bundesdurchschnitt. Vergleichsweise niedrig war die vorzeitige Sterblichkeit in Bayern und Baden-Württemberg, aber auch in Thüringen und Sachsen. Das regionale Verteilungsmuster bringt bei Frauen somit weniger einen Ost-West- als einen Nord-Süd-Unterschied zum Ausdruck. Bei Männern hingegen ist ein deutlicher Unterschied zu Ungunsten der ostdeutschen Bundesländer festzustellen. Am höchsten war die vorzeitige Sterblichkeit in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt, gefolgt von den anderen ostdeutschen Ländern. Mit Ausnahme des Saarlandes und Bremen lag die vorzeitige Sterblichkeit in den westdeutschen Bundesländern deutlich niedriger. Am geringsten war sie in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz, so dass neben dem Ost-West-Unterschied auch von einem Nord-Süd-Gefälle gesprochen werden kann.

Der Vergleich zwischen den einzelnen Bundesländern ist auch in Bezug auf die Herz-Kreislauf-Mortalität aufschlussreich (Abbildung 7). Bei Frauen war in den Jahren 2005/07 die Herz-Kreislauf-Mortalität in Brandenburg und Sachsen-Anhalt am höchsten. Auch in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen lagen die Werte über dem Bundesdurchschnitt. Das galt gleichfalls für Rheinland-Pfalz und das Saarland. Am niedrigsten war die Herz-Kreislauf-Mortali-

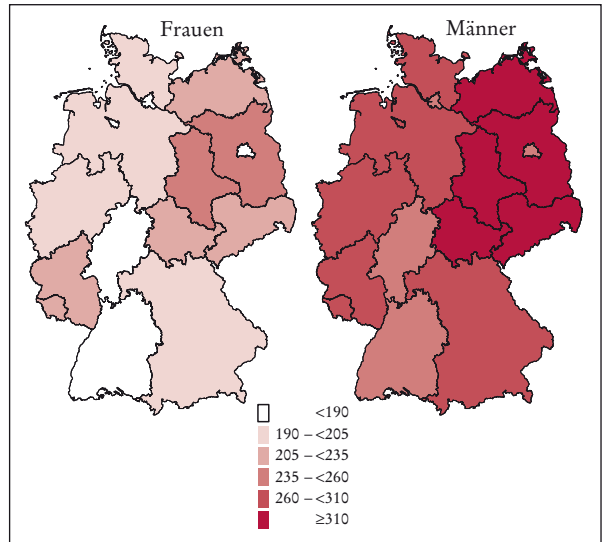
Abbildung 6: Vorzeitige Sterblichkeit (unter 65 Jahre) nach Bundesländern



Sterbefälle je 100 000 Einwohner, altersstandardisiert auf die alte Europabevölkerung.

Quelle: Todesursachenstatistik 2004/06.

Abbildung 7: Sterberaten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Bundesländern

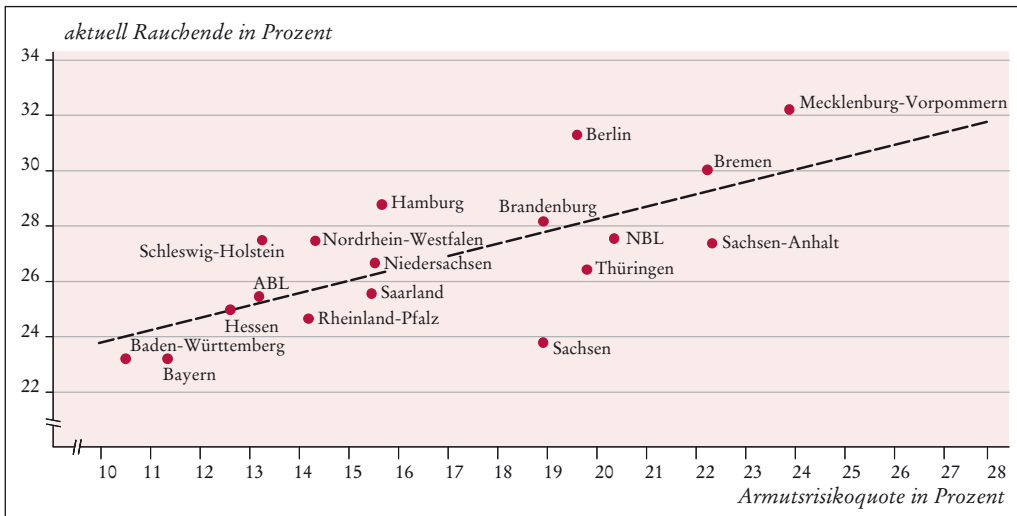


Sterbefälle je 100 000 Einwohner, altersstandardisiert auf die alte Europabevölkerung.

Quelle: Todesursachenstatistik 2005/07.

tät in Baden-Württemberg, Hessen und den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen. Bei Männern zeichnete sich ein deutlicher Ost-West-Unterschied zu Ungunsten der neuen Bundesländer ab. Die niedrigste Herz-Kreislauf-Mortalität fand sich wie bei Frauen

Abbildung 8: Zusammenhang zwischen Armutsrisiko- und Rauchquote auf Ebene der Bundesländer



Quelle: Mikrozensus 2005.

in Baden-Württemberg und Hessen, gefolgt von Berlin und Hamburg.

Aussagen zur unterschiedlichen Verbreitung des Tabakkonsums in den Bundesländern sind anhand von Daten des Mikrozensus 2005 möglich. Bei Frauen fand sich die höchste Raucherinnenquote in Berlin mit 28 Prozent, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern und Hamburg mit 27 bzw. 26 Prozent. Frauen aus Sachsen hatten im Ländervergleich mit 18 Prozent die niedrigste Quote. Relativ selten wird außerdem in Bayern mit 20 Prozent und in Baden-Württemberg und Thüringen mit jeweils 21 Prozent geraucht. Bei Männern war die Raucherquote mit 41 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern am höchsten. Auch in Brandenburg und in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg lag sie mit jeweils über 35 Prozent vergleichsweise hoch. In Sachsen rauchten 32 Prozent der Männer und damit ein deutlich geringerer Anteil als in den anderen ostdeutschen Bundesländern. Am geringsten waren die Quoten bei Männern aus Bayern und Baden-Württemberg mit jeweils knapp unter 30 Prozent. Während in der regionalen Verteilung des Rauchens bei Frauen insbesondere ein Nord-Süd-Unterschied auffällt, kommt bei Männern außerdem ein Ost-West-Unterschied zum Ausdruck.

Darüber hinaus kann mit Daten des Mikrozensus 2005 gezeigt werden, dass in den

Bundesländern am häufigsten geraucht wird, in denen das Armutsrisiko am höchsten ist (Abbildung 8). Von einem Armutsrisiko wird gemäß einer auf EU-Ebene erzielten Konvention bei einem Netto-Äquivalenzeinkommen von weniger als 60 Prozent des gesamtgesellschaftlichen Mittelwertes (Median) ausgegangen. Besonders eindrücklich zeigt sich der Zusammenhang zwischen Armutsrisiko- und Rauchquote im Vergleich von Bayern und Baden-Württemberg gegenüber Mecklenburg-Vorpommern und Bremen. Eine bemerkenswerte Ausnahme stellt Sachsen dar: Die Armutsrisikoquote liegt über dem Durchschnitt der Bundesländer, die Rauchquote ist aber eine der geringsten.

Auch für andere Gesundheitsindikatoren lässt sich auf Ebene der Bundesländer ein Zusammenhang zur Armutsrisikoquote feststellen. So liegt die mittlere Lebenserwartung von Frauen aus den Bundesländern mit der höchsten Armutsrisikoquote etwa zwei Jahre unter dem Vergleichswert für die Bundesländer mit der niedrigsten Armutsrisikoquote. Bei Männern macht diese Differenz drei Jahre aus. Betrachtet man den Zusammenhang zwischen der mittleren Lebenserwartung bei Geburt und der Armutsbetroffenheit auf der Ebene der 96 für Deutschland ausgewiesenen Raumordnungsregionen, beträgt der Unterschied bei Männern sogar vier Jahre.

Diskussion

Die vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass sich die gesundheitliche Situation in den neuen und alten Bundesländern kurz nach der Wiedervereinigung in vielen Bereichen unterschied. Nach 20 Jahren gemeinsamer Entwicklung kann in vielen Fällen eine Annäherung, zum Teil sogar ein Ausgleich der Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit beobachtet werden. Zumeist ist diese Verringerung auf eine positive Entwicklung zurückzuführen, die sich in Ostdeutschland schneller vollzog als in Westdeutschland. Beispiele hierfür sind der Anstieg der mittleren Lebenserwartung und der Rückgang der Herz-Kreislauf-Mortalität. Für eine weitgehende Annäherung der Ost-West-Unterschiede sprechen auch die Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen, die nach der Wiedervereinigung geboren sind. So lassen sich anders als bei Erwachsenen keine Unterschiede in der Verbreitung allergischer Erkrankungen und von Adipositas beobachten. Auch in der Teilnahme an Impfungen und den U-Untersuchungen haben sich die Ost-West-Unterschiede inzwischen deutlich verringert.

Für die Bewertung der gesundheitlichen Entwicklung und Trends in Ost- und Westdeutschland ist darüber hinaus die vergleichende Betrachtung zwischen den einzelnen Bundesländern interessant. Diese macht einerseits regionale Verteilungsmuster jenseits der Ost-West-Perspektive deutlich, so etwa ein Nord-Süd-Gefälle in der vorzeitigen Sterblichkeit und der Herz-Kreislauf-Mortalität von Frauen. Andererseits ergeben sich Hinweise auf die Sonderstellung der Stadtstaaten und auch einzelner Flächenstaaten, wie etwa Sachsen in Bezug auf den Tabakkonsum und die mittlere Lebenserwartung bei Geburt. Ebenso ist von einer regionalen Verteilung der Gesundheitschancen innerhalb der einzelnen Bundesländer auszugehen. Dafür sprechen unter anderem die auf der Ebene der Raumordnungsregionen berichteten Unterschiede in der Lebenserwartung.

Für die deutliche Annäherung der Gesundheitschancen dürfte die im Zuge des Einigungsprozess erfolgte Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen in Ostdeutschland, die mit erheblichen Investitionen und Aufbauhilfen möglich war, einen we-

sentlichen Beitrag geleistet haben. Neben der wirtschaftlichen Erneuerung und Entspannung der Arbeitsmarktsituation sowie Verbesserungen in Bezug auf die Stadtentwicklung, Wohnbedingungen und Umwelteinflüsse ist insbesondere die sehr rasch vollzogene Einbeziehung in die sozialen Sicherungssysteme und das System der Gesundheitsversorgung hervorzuheben.

Für die Gesundheitsunterschiede zwischen Bundesländern und Raumordnungsregionen ist insbesondere auf die zum Teil sehr unterschiedlichen Lebensbedingungen zu verweisen, die neben der Armutsrisikoquote auch an anderen sozialräumlichen Kennziffern, wie etwa dem Bruttoinlandsprodukt und der Arbeitslosenquote, festgemacht werden können. Zum Teil dürften die beschriebene Zusammenhänge auf die sozialräumliche Segregation von Personen in unterschiedlichen Lebenslagen zurückzuführen sein. Die Ergebnisse von Mehrebenenanalysen verweisen aber darauf, dass die Qualität des Sozialraums auch unabhängig von der individuellen sozialen Lage einen Einfluss auf die Gesundheitschancen der Menschen hat.¹⁹

Abschließend ist darauf zu verweisen, dass sich die Entwicklung der beiden Landesteile nach dem Fall der Mauer nicht auf einer „Insel“, sondern im europäischen Kontext vollzogen hat. Durch den Zusammenbruch des sozialistischen Systems in Europa fanden ähnliche Umbrüche wie in den neuen Ländern auch in Polen, Tschechien, Ungarn und anderen osteuropäischen Staaten statt. Im Vergleich zu diesen Staaten, in denen die gesellschaftlichen Transformationsprozesse ohne Anschluss an ein ökonomisches starkes Land und der damit verbundenen Möglichkeit weitreichender Investitionen und Aufbauhilfen erfolgte, zeichnen sich die positiven Entwicklungen in der Gesundheit und Lebenserwartung in Ostdeutschland deutlich stärker ab.

¹⁹ Vgl. Nico Dragano et al., Neighbourhood Socioeconomic Status and Cardiovascular Risk Factors: a Multilevel Analysis of Nine Cities in the Czech Republic and Germany, in: BMC Public Health, 7 (2007), online: www.biomedcentral.com/1471-2458/7/255 (21.10.2010).

Was ist „gesunde Ernährung“?

Bei Debatten über Gesundheitspolitik spielt die Vorstellung eine große Rolle, die Menschen zu einem stärker ihre Gesund-

Detlef Briesen

Dr. phil., geb. 1957; Privatdozent im Fach Geschichte an der Justus-Liebig-Universität Gießen, FB 04, Otto-Behaghel-Straße 10 G, 35394 Gießen. detlef.briesen@geschichte.uni-giessen.de

heit berücksichtigenden Lebensstil zu motivieren. Davon wird eine erhebliche Kostenersparnis für das überlastete Gesundheitssystem erwartet, und ohnehin gilt Verhaltensprävention als Mittel, unnötige

Leiden und vorzeitiges Ableben von vornherein zu verhindern. Solche Ansätze sind aus dem hier eingenommenen geschichtshistorischen Blickwinkel weder neu noch originell. Die Vermeidung von Krankheiten durch ein wie auch immer als „gesund“ bezeichnetes Verhalten zieht sich vielmehr wie ein roter Faden durch die Geschichte der menschlichen Gesundheit.

Dies gilt insbesondere für Prävention durch Ernährung. Sie zeichnet sich durch eine Reihe von Besonderheiten aus: Zum einen liegen hier – statt einfacher und klarer Konzepte, wie etwa dem, nicht zu rauchen oder keine Drogen zu nehmen – oft nur diffuse Anleitungen vor. Ernährungslehren beruhen mitunter eher auf Glaubenssystemen oder nicht genannten persönlichen Vorlieben ihrer Apologeten. Zum anderen können sich in ihnen voreilige Schlüsse von wissenschaftlichen Studien auf gesundes Verhalten abbilden. Gerade auch Fachwissenschaftler haben in den vergangenen Jahrzehnten Positionen eingenommen, die sich bald als falsch oder sogar gesundheitsschädlich erweisen sollten. Damit soll allerdings nicht behauptet werden, Ernährungswissenschaftler, Mediziner und Physiologen hätten nicht auch echten wissenschaftlichen Fortschritt erreicht. Im Folgenden werde ich versuchen, einen Überblick über die wichtigsten Ernährungslehren, deren Herkunft und aktuelle Relevanz zu geben.[¶]

Eine erste Antwort auf die Frage nach gesunder Ernährung geben Erklärungsansätze, die sich auf die Tradition der Humoralpathologie zurückführen lassen. Bis heute berufen sich Ernährungsratgeber auf die Kräuterheilkunde der Hildegard von Bingen (ca. 1098–1179). Nach solchen Schonkostlehren ist – ähnlich wie beim indischen Ayurveda – persönliche Gesundheit angeblich durch eine Ernährung erreichbar, welche die Prinzipien universeller Harmonie berücksichtigt. Vorstellungen wie diese prägten bis weit ins 19. Jahrhundert hinein das alteuropäische Erbe, also jene vorbildhaften Lehren, die sich (angeblich) bei Griechen und Römern herausgebildet hatten. Allerdings war nach dem 5. Jahrhundert der Großteil des antiken Wissens verlorengegangen. Zudem war die Medizin bis zum Aufkommen der modernen Chirurgie und Chemotherapie im späten 19. Jahrhundert im Wesentlichen eine Präventionslehre: Sie versuchte, durch „gesunde“ Verhaltensweisen Krankheiten erst gar nicht entstehen zu lassen – heilbar waren diese durch Intervention von Ärzten ohnehin fast nie. Teilt man diese Skepsis gegenüber Heilungschancen durch die Schulmedizin, so sind die traditionellen Lehren bis heute maßgeblich geblieben.

Gut fassbar wurde die Verbindung von Kosmologie und Gesundheit bei Hippokrates von Kos (ca. 460–370 v. Chr.). In der Schrift „De Diaeta“ wurden Krankheiten als Störungen des Gleichgewichts durch Maß- und Zügellosigkeit begriffen.[¶] Daraus entstand ein Regelwerk für eine gesunde Lebensweise mit idealem Tagesablauf und ebensolcher Ernährung. Konstitutiv war dabei die Humoralpathologie, auch Viersäftelehre genannt. Eine bestimmte Fassung der antiken Physik mit den Grundsubstanzen Feuer, Wasser, Erde, Luft erhielt zusätzlich die Funktion eines Krankheitskonzeptes. Die vier Elemente wurden zu vier konstitutiven Säften im menschlichen Körper (Blut, Schleim und zweierlei Galle), vier Lebensaltern und vier Qualitäten (kalt, warm, trocken, feucht) in Analogie gesetzt. Gesundheit war seitdem eine Folge des richtigen Fluss-

[¶] Die Darstellung folgt Detlef Briesen, *Das gesunde Leben. Ernährung und Gesundheit seit dem 18. Jahrhundert*, Frankfurt/M. 2010.

[¶] Vgl. Paul Potter/Beate Gundert, Hippokrates aus Kos, in: *Der neue Pauly. Enzyklopädie der Antike*, Bd. 15, Stuttgart 1998, Sp. 590–599.

ses der Körpersäfte; noch bei der Kneippkur versucht man, diesen durch Behandlung mit Wasser wiederherzustellen. Durch richtige Kost ist nach dieser Lehre manches Leiden zu vermeiden. Die Hippokratiker bedachten dabei Tätigkeiten, Temperamente, Lebensalter, Wind- und Witterungsverhältnisse mit. Brot und Fleisch standen im Zentrum der gesunden Ernährung; Vorsicht war bei Fisch, Obst, Gemüse und Milch angebracht.

Galen von Pergamon (ca. 129–199) bestimmte über viele Jahrhunderte die Vorstellungen von gesunder Ernährung, wobei er die hippokratischen Lehren um wichtige Einzelheiten ergänzte. Von den Früchten und Gemüsen waren Weintrauben am besten – was wahrscheinlich bis heute ihren Einsatz als Krankenkost mit erklärt. Genießen sollte man laut Galen vorrangig Brot und Schweinefleisch. Damit war eine Antwort auf die Frage nach der richtigen Kost formuliert, die bis heute in den Versuchen weiterwirkt, gesunde Ernährung als Re-Integration in die kosmische Ordnung zu begreifen. Übergänge zu esoterischen Heilslehren sind dabei offensichtlich. Aber nicht nur die aktuelle Esoterik, auch die heutige Kochpraxis ist durch humoralpathologische Rezepte beeinflusst. Birnen werden eigentlich in Rotwein gekocht, um sie zu entgiften, die „Kälte“ von Blattsalat wird durch eine „warme“ Substanz, Essig, ausbalanciert.

Gesunde Mischkost

Eine weitere Antwort auf die Frage nach der gesunden Ernährung ist die Idee von der gesunden Mischkost. Sie kam nach 1840 mit der organischen Chemie auf. Ausgehend von den Ideen von Justus von Liebig (1803–1873) verbreitete sich die Mischkost vor allem nach 1950 in einer modifizierten Variante im deutschsprachigen Raum. Dort wurde sie in der Nachkriegszeit geprägt von Ernährungsforschern wie Werner Kollath (1892–1970) und Ernst Kofrányi (1908–1989).[¶] Die gesunde Mischkost war über viele Jahrzehnte die Standardlehre in der Ökotrophologie und wurde von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) propagiert. Damit kam ihr ein quasi

[¶] Vgl. Werner Kollath, *Die Ordnung unserer Nahrung*, Stuttgart 1942; Ernst Kofrányi/Willie Wirths, *Einführung in die Ernährungslehre*, Frankfurt/M. 1994¹¹.

regierungsamtlicher Status zu, wenn sich auch gerade in der Bundesrepublik der Staat in Fragen der Lebensführung eher zurückhielt.

Ursprung der gesunden Mischkost war Kritik an der Humoralpathologie. Alchemisten und Iatrochemiker entdeckten die Funktionen der inneren Organe und den Stoffwechsel. Das neue Verständnis von diesem als zentralem Vorgang bei der Ernährung ging vom französischen Chemiker Antoine-Laurent Lavoisier (1743–1794) aus. Weitere Meilensteine der Forschung waren das Verständnis des Zuckerstoffwechsels und der Fette und Proteine. Der Physiologe Claude Bernard (1813–1878) entdeckte die Funktion von Bauchspeicheldrüse und Leber für die Verdauung. Der Stoffwechsel war nun als Abbau von Grundstoffen und als Aufbau körpereigener Substanzen erkannt. Die spezielle Leistung von Liebig bestand darin, aus den bis dahin fragmentarischen Forschungsergebnissen eine Ernährungslehre zu schaffen. Er teilte die Nährstoffe in zwei Gruppen: Die Proteine waren vorrangig, denn sie lieferten die Energie für Muskelarbeit und geistiges Schaffen; Fette und Kohlenhydrate versorgten den Körper nur mit Wärme. Diese Eiweißlehre trug einerseits zu den hohen Tagesdosen an tierischen Proteinen bei, die unter Berufung auf Liebig empfohlen wurden, bis hin zu Nur-Fleisch-Ernährung und Glyx-Diät, die einen niedrigen glykämischen Index, also eine kohlenhydratarme bis -freie Kost, als Voraussetzung für die „schlanke Linie“ propagiert. Andererseits zeigten Forschungen eine echte Unterversorgung der damaligen Unterschichten mit Proteinen auf. Liebig selbst – durch seinen Fleischextrakt – und weitere Ernährungswissenschaftler wie Jacob Moleschott (1822–1893) trugen ihre Ergebnisse daher als sozialpolitische Reformansätze in die Öffentlichkeit. 1858 erschien die Ernährungslehre von Moleschott bereits in der dritten Auflage.[¶] Sie propagierte gesunde Mischkost aus pflanzlichen und tierischen Bestandteilen und empfahl, das jahreszeitliche Angebot ebenso zu berücksichtigen wie individuelle Vorlieben. Menschen sollten nicht mehr essen, was Traditionen vorschrieben, sondern was ihrer Physiologie und ihren persönlichen Bedürfnissen entsprach. Zudem waren innerhalb der Produktgruppen Lebensmittel, auch mit Rücksicht auf den Geldbeutel,

[¶] Vgl. Jacob Moleschott, *Lehre der Nahrungsmittel. Für das Volk*, Erlangen 1858³.

austauschbar. Eine solche Sichtweise liegt bis heute allen Ernährungspyramiden zugrunde, die etwa die öffentliche Gesundheitsaufklärung verbreitet.

In der langen Debatte um die Mischkost relativierte sich allmählich die Bedeutung von tierischem Protein. Heute gilt Fleisch nicht mehr als unverzichtbar für die Kost, was sich inzwischen in den Ernährungspyramiden widerspiegelt. Weiterhin zeigte sich, dass die menschliche Nahrung bis dahin unbekannte Substanzen enthalten musste. Nachdem 1911 eine später Vitamin B genannte Substanz identifiziert worden war, rissen die Entdeckungen nicht mehr ab: Weitere Vitamine sowie die Mineral- und sekundären Pflanzenstoffe wurden in ihrer Bedeutung erkannt. Dies hat die gesunde Mischkost bis heute fortlaufend verändert. Sie ist – bei allen Unterschieden in Details – noch immer die Basis der wissenschaftlich fundierten Ernährungslehren.

Lebensreform

Die Lebensreform behauptet: Eine gesunde Ernährung folgt den Prinzipien der Natur. Sie bildet die Basis für zwei Konjunkturen der Naturnahrung, die eigentliche Lebensreform (ungefähr 1890 bis 1940) sowie die Bio- und Öko-Kost (in der Bundesrepublik seit den 1970er Jahren). Die Naturkost wird oft mit der Humoralpathologie gleichgesetzt. Diese These ist ebenso ungenau wie die direkte Ableitung der Bio-Kost aus der Lebensreform. Die Lebens- als Ernährungsreform ist maßgeblich durch den Vitalismus beeinflusst. Die Vorstellung einer dem Menschen immanenten Vitalkraft bildete sich im 18. Jahrhundert heraus, als Reaktion auf die Lehre von der Maschine Mensch. Der Vitalismus betonte dagegen das ganzheitliche Zusammenwirken von Seele und Körper. Dieses *principe vital* wurde einflussreich über jene Zivilisationskritik verbreitet, die Jean-Jacques Rousseau (1712–1778) vertrat. Aus der Naturphilosophie ergaben sich Verbindungen zur Naturmedizin. Sie behauptet apriorisch einen jeweils heilenden Wert von Wasser, Luft oder Sonne. Ihre Heilmethoden wurden bald um eine Naturnahrung vor allem aus Getreideprodukten ergänzt, welche die Genesung angeblich beschleunigte. Noch heute einflussreiche Verfechter sind Wilhelm Hufeland (1762–1836), Johann Schroth (1798–

1856) und Sylvester Graham (1794–1851), der Pionier des Vollkornbrotens.^f

Nach 1880 formierte sich die Lebensreform. Sie unterschied sich noch deutlicher von der Humoralpathologie als die Naturheilkunde. Hatten diejenigen, die sich auf Hippokrates und Galen beriefen, Fleischkost bisher als besonders wertvoll empfohlen, so wandten sich manche Reformers dem Vegetarismus zu. Einen noch stärkeren Bruch mit der Tradition nahm die Rohkostlehre vor. Bisher hatte man großen Wert auf die Zubereitung der Kost gelegt, um deren Verdaulichkeit zu verbessern. Die Rohkostlehre verlangte dagegen, pflanzliche Kost nur gering verarbeitet zu verspeisen, um die bis dahin als unverdaulich oder giftig geltenden pflanzlichen Faserstoffe aufzunehmen. Bis heute einflussreiche Rohköstler sind Emil Drebber (1873–1943) und Max-Oskar Bircher-Benner (1867–1939).

Die Lebensreform war keineswegs rückwärtsgewandt, sondern befasste sich mit zeitgenössischen Herausforderungen. In Deutschland oder den USA standen spätestens um 1900 Lebensmittel in größerer Auswahl und ausreichend für jedermann zur Verfügung. Die moderne Mühlentechnik erzeugte preiswerte Weißmehlprodukte, in Deutschland verzehnfachte sich zwischen 1850 und 1900 der Pro-Kopf-Verbrauch von Zucker, ebenfalls zuvor ein Luxusprodukt. Es war die Leistung der Lebensreform, diesen quantitativen Überfluss als qualitativ mangelhaft darzustellen. Die Zivilisationskrankheiten wurden so zur Folge einer falschen Kost. Außerdem musste die Lebensreform ihre Behauptungen wissenschaftlich belegen. Es wurde versucht, den Vitalismus mit Prinzipien aus Chemie oder Physiologie in Einklang zu bringen. Dabei ging man nicht selten mit dubiosen Mitteln vor, zog aus richtigen Beobachtungen falsche Schlüsse oder entwickelte falsche Erklärungen für durchaus richtige Therapien.

Der Mediziner Mikkel Hindhede (1862–1934) zum Beispiel interpretierte die Vorgänge in seinem Heimatland Dänemark während des Ersten Weltkriegs als gigantisches Experiment. Denn selbst in dem nicht kriegsführenden Land wurde eine schwere Versorgungskrise ausgelöst. Die dänische Regierung

^f Vgl. Christoph Wilhelm Hufeland, *Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern*, Jena 1797.

rationierte tierische Produkte und Alkohol. Daraufhin sanken die Sterbe- und Krankheitsraten. Hindhede legte dies als Beweis für die Reformgedanken aus: Falsche Ernährung schwächte die Lebenskraft. Sie war durch laktovegetabile Kost, Sonnen- und Luftbäder und vor allem durch Abhärtung wiederzuerlangen, was Hindhede in die Nähe der NS-Bewegung brachte.¹⁶ Max-Oskar Bircher-Benner war der einflussreichste Ernährungsreformer des deutschen Sprachgebietes. Die Wirkung seiner Reformkost erklärte er mit der Idee von Lichtquanten, die der menschliche Körper beim Verzehr von Baumfrüchten, Beeren, Nüssen, Feld- und Körnerfrüchten und ungekochter Milch aufnehme. Unterversorgung mit Lichtquanten schwäche die Lebenskraft und mache krank. Positiv dagegen sollte sein lichtquantenreiches Müsli wirken.¹⁷

Die Ernährungs- als Teil der Lebensreform war zwischen 1890 und dem Zweiten Weltkrieg vor allem in Deutschland die bedeutendste „alternative“ Reformbewegung. Viele Lebensreformer stellten sich nach 1933 in den Dienst des Nationalsozialismus, wie auch viele prominente Nazis Anhänger der Reform waren. Dies versah nach 1945 die gesamte Lebens- und Ernährungsreform mit dem Verdacht, Teil der NS-Bewegung gewesen zu sein. Daher führte die Ernährungsreform in der frühen Bundesrepublik eher eine Nischenexistenz. Die Übergänge von der Lebensreform zur Öko-Bewegung waren deshalb, über den Einfluss der USA, durch *Organic Food* und *Negative Nutrition*, durch Diskontinuitäten geprägt.

Internationaler Ernährungsstil

Der Internationale Ernährungsstil gibt eine weitere Antwort auf die Frage nach gesunder Ernährung: Eine Ernährung ist gesund, wenn sie von der Wissenschaft empfohlen, von der Industrie hergestellt und von der Regierung kontrolliert wird. Dabei spielen Ernährungswissenschaften und -industrie sowie die staatliche Lebensmittelkontrolle und die entsprechenden Ernährungslehren eine zentrale Rolle. Der Internationale Ernährungsstil bildete sich zwischen 1870 und 1940

¹⁶ Vgl. Mikkel Hindhede, *Die neue Ernährungslehre*, Dresden 1922.

¹⁷ Vgl. Max-Oskar Bircher-Benner, *Kranke Menschen in diätetischer Heilbehandlung*, Zürich 1944.

in den USA heraus, eine Folge des umfassenden Wandels der wirtschaftlichen und kulturellen Rahmenbedingungen in einem sich verändernden internationalen Machtgefüge.¹⁸

Nach 1900 begann der deutschsprachige Raum allmählich jenen Spitzenplatz zu verlieren, den er im 19. Jahrhundert in den Naturwissenschaften gehalten hatte. Zum wichtigsten Forschungszentrum wurden die USA. Ernährungswissenschaftler wie Russell H. Chittenden (1856–1943) oder Elmer McCollum (1879–1967) verfügten an der Yale Universität über Forschungslabore mit einer Ausstattung, die ihre europäischen Kollegen nicht besaßen. Die Spitzenforschung verlagerte sich in die USA; so nach 1920 die über Vitamine und nach 1950 diejenige über Wohlstandskrankheiten. Neben den Universitäten förderten die Regierungen die Forschung, so besonders das Bureau of Chemistry des Landwirtschaftsministeriums in Washington. Es unterstand seit 1906 Harvey Washington Wiley (1844–1930), dem führenden Kopf der *Pure-Food*-Bewegung, einer Reaktion auf die zahllosen damaligen Lebensmittelkandale. Wiley war maßgeblich daran beteiligt gewesen, dass 1906 die Federal Food and Drug Administration (FDA) gegründet worden war. Die Aufgabe der behördlichen Kontrollinstanz bestand darin, bundesweit gegen Verfälschung und Hygienemängel bei Lebensmitteln und Medikamenten vorzugehen, was empirische Forschung voraussetzte. Aus der Tätigkeit der Forschungsinstitute und Kontrollbehörden entstanden im Zweiten Weltkrieg jene *recommended daily allowances* (RDAs), die seitdem weltweit wissenschaftliche Normen für die gesunde Kost setzen.

Dabei waren die Übergänge zur Industrieforschung fließend. Erzeugerverbände (etwa die der Milchproduzenten) und Großkonzerne führten selbst in erheblichem Maße empirische Studien durch. Diese waren durch zwei Motive bestimmt, welche die Industrieforschung bis heute prägen: mögliche Kritik an Hygiene und Qualität durch Verbraucherbewegungen von vornherein zu unterbinden und Produktinnovationen zu ermöglichen. In den USA

¹⁸ Vgl. für das Folgende: Harvey A. Levenstein, *Revolution at the Table: The Transformation of the American Diet*, New York 1988; ders., *Paradox of Plenty: A Social History of Eating in Modern America*, New York 1993.

hatte sich seit dem Sezessionskrieg (1861–1865) eine bis dahin weltweit einmalige Lebensmittelindustrie entwickelt. Sie versorgte immer mehr Verbraucher mit verarbeiteter Kost, etwa Frühstückszerealien, Obst- und Gemüsekonserven oder Würzsaucen. Da der Versorgungsstand selbst in der Großen Depression (1929–1941) hoch blieb, versuchten die Unternehmen, ihre Produktpalette zu erweitern oder schon eingeführte Erzeugnisse mit Zusatzleistungen zu versehen. So kamen bis in die 1930er Jahre Fertigmilch, Tiefkühlkost, Vitaminpillen und angereichertes Mehl zu den Verbrauchern.

Die gute Versorgungslage in den USA war ein wichtiger Impuls für die Werbung. Hier trafen sich die Interessen der Lebensmittelindustrie mit denjenigen einer Gruppe von Sozialreformern, die an den Ideen von Ellen S. Richards (1842–1911) und Mary Hinman Abel (1850–1938) orientiert waren.⁹ Deren Konzept, die Neue Ernährung, hatte die gesunde Mischkost in die USA gebracht, und zwar zunächst aus sozialpolitischen Erwägungen: Die Unterschichten konnten durch preiswertes und gutes Essen Geld für bessere Wohnungen, Kleidung und Bildung sparen. Diese Ideen beeinflussten nach 1900 jene Hauswirtschaftslehre, die in Schulen und Colleges besonders an junge Frauen aus der Mittelschicht vermittelt wurde. Dabei verschob sich der Reformgedanke allmählich von finanziellen zu gesundheitspolitischen Motiven. Der Wandel wurde durch wissenschaftliche Erkenntnisse, etwa über Vitamine, und durch einen weiteren Boom der Industrieerzeugnisse noch beschleunigt. Aus der Neuen Ernährung entstand so bis zum Zweiten Weltkrieg der Internationale Ernährungsstil.

Die amerikanische Hausfrau wurde zur Familienmanagerin aufgewertet. Als Familienköchin stand sie allerdings vor einer schwierigen Aufgabe. Gefordert war nun eine abwechslungsreiche, gesunde, nicht zu kostspielige und leistungsoptimierende Kost. Die Anleitung dazu konnten die Hausfrauen den prosperierenden Massenmedien entnehmen. In den 1920er Jahren entstand eine journalistische Praxis, die bis heute angewandt wird: Die Ernährungsredaktionen in Zeitschriften oder (später) im Fernsehen griffen auf die Rezeptdienste von Großkonzernen zurück. Deren Menüvorschläge zu übernehmen verband die

Interessen von Herausgebern und Werbeabteilungen. Die Hausfrauen kochten die Rezepte unter Verwendung der beworbenen Produkte zu Hause nach. Es war die moderne Hausfrau, die zunächst in den USA, von den 1950er Jahren an auch in Westeuropa die Esskultur neu bestimmte. Diese Kost hat durchaus positive Aspekte: Zweifellos ist die Wertschätzung von Früchten, Milch und Gemüse ein Fortschritt gegenüber der Kost des 19. Jahrhunderts.

Negative Nutrition

Seit Ende der 1950er Jahre verbreitet sich, ausgehend von den USA, eine weitere Antwort auf die Frage nach gesunder Ernährung: Diese gibt nicht mehr an, was Menschen nach Herzenslust, in Maßen und jedenfalls ohne Bedenken zu sich nehmen können, wie es die Ernährungslehren zuvor getan hatten. Die neue Lehre empfahl ihren Anhängern vor allem eines: grundsätzliche Skepsis gegenüber allen Ratschlägen von Wissenschaftlern, Behörden, Werbewirtschaft und besonders gegenüber den Erzeugnissen der Lebensmittelindustrie. Wegen ihrer kritischen Grundtendenz wurde dieses Konzept daher von Warren J. Belasco *Negative Nutrition* genannt.¹⁰ Es ist heute die Basis für einflussreiche Verbraucherbewegungen. *Negative Nutrition* steht mit kritischer Ernährungsforschung, mit Umwelt- und Verbraucherschutz in enger Verbindung.

Für die kritische Ernährungsforschung war die Framingham-Studie von herausragendem Wert; mit ihr begann 1950 die systematische Suche nach den Ursachen der damals dramatisch zunehmenden kardiovaskulären Krankheiten. Dabei richtete man die Untersuchung auf den Lebensstil aus. Beobachtet wurde über mehr als vier Jahrzehnte hinweg eine Stichprobe von anfangs 6507 Personen aus der Kleinstadt Framingham in Massachusetts. Dabei ermittelte die Studie sechs Risikofaktoren: Bluthochdruck, Rauchen, ein geringes Ausmaß körperlicher Aktivitäten, Blutfettwerte, hohes Übergewicht und Diabetes. Die letzten drei Faktoren erwiesen sich durch die Ernährung beeinflusst, ja, es zeigte sich, dass die bisher angepriesene Kost mit ihren hohen

⁹ Vgl. Ellen H. Richards, *The Costs of Living as Modified by Sanitary Science*, New York 1900.

¹⁰ Vgl. Warren J. Belasco, *Appetite for Change: How the Counter Culture Took on the Food Industry*, 1966–1988, New York 1989.

Anteilen an tierischem Fett und Eiweiß maßgeblich an der Entstehung von Herz-Kreislauf-erkrankungen beteiligt war. Ab 1961, mit Bekanntwerden der Cholesterin-Studien, schien es so, als wäre die bis dahin empfohlene Kost überhaupt todbringend. Ein großer Teil dessen, wozu die Experten bisher geraten hatten, Milch, Butter und Rindfleisch, enthielt eine Substanz, die (angeblich) Herzinfarkte und Schlaganfälle auslöste.

Damit war eine neue Dimension von Ernährungsgängsten erreicht. Cholesterin konnte man durch Verzehr von Margarine und cholesterinfreien Dressings vermeiden. Zudem wurde erkannt, dass der Internationale Ernährungsstil nur nordwesteuropäische Traditionen berücksichtigte. Waren die Küchen der Mittelmeerlande, Japans oder Chinas nicht viel gesünder? Die folgende, langjährige Debatte veränderte allmählich die offiziellen Ratschläge für gesunde Kost. Erstmals 1977 wandte sich das Repräsentantenhaus der *Negative Nutrition* zu: Amerikaner sollten weniger Fleisch und tierisches Fett zu sich nehmen und stattdessen Fisch, Olivenöl, Früchte, Gemüse und Getreideprodukte verspeisen. Ähnlich wandelten sich seitdem die Ernährungsratschläge der DGE; die jüngste Debatte um die „Ernährungsampel“ soll zumindest erwähnt werden.

Vorangetrieben wurde *Negative Nutrition* durch eine Flut von Umwelt- und Ernährungsskandalen, die wiederum zunächst die USA erschütterten. Die lange Liste beginnt 1958 mit der Erkenntnis, dass chemische Zusatzstoffe in Lebensmitteln Krebs auslösen. Additive, Pestizide und Herbizide gerieten in den Fokus der Kritik, nicht zuletzt durch die bahnbrechende Studie von Rachel Carson (1907–1964) über deren verheerende Wirkungen auf Wildtiere.¹¹ Es folgten zahllose weitere Skandale: Quecksilber in Fisch, Botulismus durch Pizza, Arsen in Hühnern, Hormone im Rindfleisch und Salmonellen in der Dosensuppe. Das Resultat war, dass sich, wiederum zuerst in den USA, eine neue Verbraucherbewegung formierte. Sie wurde zusätzlich durch ein traditionelles Problem befeuert. Im Juli 1967 wiesen der Verbraucherschutzanwalt Ralph Nader und der Journalist Nick Kotz nach, dass Industriefleisch zumeist von sogenannten 4D-Tieren (*dead, dying, diseased, disabled*) stammte.

¹¹ Vgl. Rachel Carson, *The Silent Spring*, Boston 1963.

Ein Höhepunkt in der Eskalation der Umwelt- und Ernährungsgängste war zu Beginn der 1980er Jahre erreicht: 1979 ereignete sich der Unfall im Atommeiler von Harrisburg, 1986 trug sich die bisher größte Katastrophe bei der friedlichen Nutzung der Kernenergie im heute ukrainischen Tschernobyl zu. Damals wurden Pilze und Beeren aus dem Wald und selbst Muttermilch suspekt. Zeitgleich erreichte *Negative Nutrition* breitenwirksam die Bundesrepublik Deutschland. Schon 1982 hatte die Kölner Katalyse-Umweltgruppe die zahlreichen Dubiositäten der modernen Industriekost zusammengefasst: Wurstwaren enthielten schädliche Emulgatoren, Geflügel war durch Salmonellen belastet, in Fluss- und Seefischen fanden sich große Mengen von Blei, Kadmium, Pestiziden und Phosphaten. Mit der angeblich gesunden Kuhmilch nahm man Pflanzenschutzmittel wie DDT, Lindan, Schwermetalle wie Thallium oder sogar Rattengift auf.¹²

Eine wichtige Folge der *Negative Nutrition* ist eine seitdem ungebrochene Konjunktur des Vegetarismus und Veganismus sowie der Bio-Kost. Weiterhin führte *Negative Nutrition* zur Gründung von Verbraucherorganisationen nach dem Vorbild des Umweltschutzes, besonders von Greenpeace. Ein gutes Beispiel dafür gibt die Organisation Foodwatch ab, die aktuell von Thilo Bode geleitet wird: Foodwatch ist durch tiefe Skepsis vor allem gegen die hoch technisierte Lebensmittelproduktion geprägt und fordert umfassende Kontrollen der Großkonzerne.¹³

Gesunde Ernährung und Lebensstil

Negative Nutrition trug maßgeblich dazu bei, dass sich zahlreiche weitere Antworten auf die Frage nach der gesunden Ernährung herausgebildet haben. Diese stehen allerdings in enger Beziehung zu den bisher genannten Lehren. Was die neuen Konzepte von gesunder Mischkost, Naturkost oder *Negative Nutrition* unterscheidet, ist zumeist ihre Verbindung mit zwei wichtigen soziokulturellen Veränderungen der vergangenen 40 Jahre.

¹² Vgl. Katalyse-Umweltgruppe Köln e.V. (Hrsg.), *Chemie in Lebensmitteln*, Köln 1982.

¹³ Vgl. Thilo Bode, *Abgespeist. Wie wir beim Essen betrogen werden und was wir dagegen tun können*, Frankfurt/M. 2007.

In diesem Zeitraum hat sich *erstens* eine neuartige Verbindung von sozialem und Bildungsstatus mit Gesundheitsbewusstsein eingestellt. Die (manchmal übertriebenen) Horrormeldungen über die Gefahren durch Umwelt und Ernährung veränderten vor allem das Verhalten der Mittel- und Oberschichten. Die Unterschicht genießt bis heute gerne salzige Snacks sowie extrem Süßes und sieht ein großes Stück Fleisch auf dem Teller immer noch als Indiz für Wohlstand und Wohlergehen an. Zudem ist in der Unterschicht das Rauchen weiter verbreitet. Für die besonders durch Bildung Privilegierten gehören dagegen häufig optimale Blutwerte und geringes Körperfett zu den wichtigsten Indikatoren einer richtigen Ernährung, ebenso wie die regelmäßig erfreulich verlaufenden Checkups beim Hausarzt. Erreicht wird dies angesichts des immer vielfältiger werdenden Angebotes an Lebensmitteln durch lebenslangen Verzicht bzw. permanentes Diät-Halten, mitunter erleichtert durch Konzepte wie Slow Food oder LOHAS (*lifestyle of health and sustainability*, Lebensstil für Gesundheit und Nachhaltigkeit). Diese soziokulturelle Polarisierung durch gesunde Kost und ausreichende Bewegung oder eben deren Fehlen zeigt sich inzwischen sehr deutlich am Taillenumfang der verschiedenen sozialen Schichten, vor allem in den USA: Dort bringen Menschen aus den Unterschichten, besonders Frauen und Personen afrikanischer oder mexikanischer Herkunft, im Durchschnitt erheblich mehr Gewicht auf die Waage als Wohlhabende und Gebildete.¹⁴

Im selben Zeitraum wurde *zweitens* die Orientierung an Lebensstilkonzepten immer populärer. Diese bestimmen inzwischen oft die jeweils typischen Ernährungsweisen. Die Verbindung mit der oben erwähnten sozialen Polarisierung ist dabei ebenso offenkundig wie die bis heute weiterwirkenden Kontinuitäten zu Humoralpathologie, gesunder Mischkost, Lebensreform, Internationalem Ernährungsstil oder *Negative Nutrition*. Eine besondere Rolle spielt dabei die Bio- oder Öko-Kost. *Functional Food* dagegen bezeichnet Lebensmittel, die zusätzlich mit Vitaminen oder Bakterienkulturen angereichert werden. Die begleitende Werbung behauptet dabei einen positiven Effekt auf die Gesundheit. *Fine Food* meint vor allem teure und Luxusprodukte, de-

ren Verbrauch sich in Deutschland ebenfalls seit den 1970er Jahren im Rahmen der so genannten Edelfresswelle erheblich erhöht hat. Dass *Fine Food* mit gehobenen Einkommen einhergeht, liegt auf der Hand. *Ethno-Food* beschreibt dagegen die ungebrochene Konjunktur von Speisen, die nicht aus der nordwesteuropäischen Küchentradition stammen. Sofern Ethno-Küche mit ostasiatischer Kost einhergeht, gilt sie mitunter auch als gesünder. Mit Wellness-Lebensmitteln wird die Behauptung verbunden, dass deren Verbrauch – etwa von bestimmten Joghurt-Kulturen oder Kräuternessenzen – das allgemeine Wohlbefinden stärken solle. Dabei existiert ein breiter Übergang von (angeblich) wissenschaftlich nachgewiesenen Wirkungen bis zu Begründungen, die besonders aus dem Ayurveda stammen. *Convenience*-Produkte schließlich sind praktisch für die Verbraucher, nach Aussagen der Erzeuger frisch, hygienisch und schmackhaft und stehen daher vielleicht am eindeutigsten in der Tradition der normierten Industriewaren des Internationalen Ernährungsstils. Und natürlich sind alle diese Lebensstilprodukte nach Angaben der Hersteller auch gesund ...

Resümee

Geschichtswissenschaftler beschreiben eher gesellschaftliche Entwicklungen und versuchen diese zueinander in Beziehung zu setzen. In dieser Hinsicht immerhin sollte deutlich geworden sein: Die jeweiligen Definitionen gesunder Ernährung sind *erstens* von sehr allgemeinen Referenzsystemen abhängig. Diese beruhen auf vielfältigen Faktoren wie Wirtschaft, Technik, Wissenschaft, Moden und allgemeinen Glaubenssätzen. *Zweitens* führen diese Referenzsysteme als Traditionen beinahe ein Eigenleben, so dass es mitunter den Zeitgenossen kaum möglich ist, Herkunft und Ausrichtung der jeweiligen Konzepte für eine gesunde Kost überhaupt richtig einzuschätzen. *Drittens*: Gesunde Ernährung ist nicht einfach da, sondern eher eine nie endende Herausforderung, die sich in der gesellschaftlichen Praxis immer wieder von Neuem stellt. Dabei wissen wir heute selbst nach Jahrzehnten exzellenter Ernährungsforschung mehr über schädliche als über gesundheitsfördernde Auswirkungen unserer Kost.

¹⁴ Vgl. Kenneth F. Kiple, *A Movable Feast. Ten Millennia of Food Globalization*, Cambridge 2007, S. 253 ff.

APuZ

Nächste Ausgabe 46–47/2010 · 15. November 2010

Einwanderungsgesellschaft

Eren Güvercin · Feridun Zaimoğlu · Mo Asumang · Neco Çelik
„Ein Teil Deutschlands, nur mit etwas mehr Farbe“

Naika Foroutan
Neue Deutsche, Postmigranten und Bindestrich-Identitäten

Hartmut M. Griese · Isabel Sievers
Bildungs- und Berufsbiografien hochqualifizierter Transmigranten

Karen Schönwälder
Einwanderer in Räten und Parlamenten

Dietrich Thränhardt
Integrationsrealität und Integrationsdiskurs

Michael Bommers
Kommunen: Moderatoren im Prozess der sozialen Integration?

Klaus Bade · Ferdos Forudastan
Teilhabe in der Einwanderungsgesellschaft

Herausgegeben von
der Bundeszentrale
für politische Bildung
Adenauerallee 86
53113 Bonn



Redaktion

Dr. Hans-Georg Golz
(verantwortlich für diese Ausgabe)
Dr. Asiye Öztürk
Johannes Piepenbrink
Anne Seibring (Volontärin)
Telefon: (02 28) 9 95 15-0
www.bpb.de/apuz
apuz@bpb.de

Redaktionsschluss dieses Heftes:
29. Oktober 2010

Druck

Frankfurter Societäts-Druckerei GmbH
Frankenallee 71–81
60327 Frankfurt am Main

Satz

le-tex publishing services GmbH
Weißenfelder Straße 84
04229 Leipzig

Abonnementservice

Aus Politik und Zeitgeschichte wird
mit der Wochenzeitung **Das Parlament**
ausgeliefert.
Jahresabonnement 34,90 Euro; für Schüle-
rinnen und Schüler, Studierende, Auszubil-
dende (Nachweis erforderlich) 19,00 Euro.
Im Ausland zzgl. Versandkosten.

Vertriebsabteilung **Das Parlament**
Societäts-Verlag
Frankenallee 71–81
60327 Frankfurt am Main
Telefon (069) 7501 4253
Telefax (069) 7501 4502
parlament@fsd.de

Nachbestellungen

IBRo
Kastanienweg 1
18184 Roggentin
Telefax (038204) 66 273
bpb@ibro.de
Nachbestellungen werden bis 20 kg mit
4,60 Euro berechnet.

Die Veröffentlichungen
in **Aus Politik und Zeitgeschichte**
stellen keine Meinungsäußerung
der Herausgeberin dar; sie dienen
der Unterrichtung und Urteilsbildung.

ISSN 0479-611 X

- Paul U. Unschuld*
3–5 **Kranke als Ressource, Gesundheit als Ware**
Erstmals ist Kranksein volkswirtschaftlich mindestens so wertvoll wie die Gesundheit der Bevölkerung. Der Druck auf die Politik, Gesundheit für alle zu gewährleisten, ist gesunken.
- Nils C. Bandelow · Florian Eckert · Robin Rüsenberg*
6–11 **Reform(un)möglichkeiten in der Gesundheitspolitik**
Veränderungsdruck und Beharrungskraft zeichnen Gesundheitspolitik aus. Diese ist dabei konfliktträchtig, aber auch dynamisch. Schrittweise Anpassung bleibt die reformpolitische Normalstrategie.
- Stefan Felder*
12–17 **Ökonomie des Gesundheitswesens: Genese und Optimierung**
Der Beitrag geht den Gründen für die überproportional steigenden Gesundheitsausgaben nach, fragt nach dem optimalen Mix von Staat und Markt und charakterisiert die optimale gesetzliche Krankenversicherung aus ökonomischer Sicht.
- Kerstin Funk*
18–24 **Gesundheitspolitik in internationaler Perspektive**
Die Gesundheitssysteme in der Schweiz, den Niederlanden und den USA können auch als Vorbilder für eine Reform in Deutschland angesehen werden, denn die Probleme sind in allen Staaten sehr ähnlich.
- Uwe H. Bittlingmayer · Diana Sabrai*
25–31 **Gesundheitliche Ungleichheit. Eine ethnologische Perspektive**
Versuche zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit zielen vor allem auf die Veränderung individuellen Verhaltens. Dabei ist eine ergänzende ethnologische Perspektive auf kulturelle Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit notwendig.
- Thomas Lampert · Thomas Ziese · Bärbel-Maria Kurth*
32–39 **Gesundheitliche Trends in Ost- und Westdeutschland**
Kurz nach der Wiedervereinigung unterschied sich die gesundheitliche Situation in Ostdeutschland deutlich von der in Westdeutschland. Mittlerweile hat eine Annäherung, zum Teil sogar eine Angleichung stattgefunden.
- Detlef Briesen*
40–46 **Was ist „gesunde Ernährung“?**
Derzeit versucht sich die Gesundheitspolitik auf die Förderung „richtiger“ Ernährung auszurichten. Was aber ist gesunde Kost? Der Aufsatz stellt die Entwicklung von Konzepten vor, die diese Frage höchst unterschiedlich beantworten.