

Statistisches Bundesamt (Hrsg.)

In Zusammenarbeit mit dem
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
und dem Zentrum für Umfragen,
Methoden und Analysen, Mannheim (ZUMA)

Datenreport 2006

Zahlen und Fakten über die
Bundesrepublik Deutschland

Auszug aus Teil 2

C Lebensbedingungen und ihre Bewertung

4 Gesundheit

Der nachhaltige Umbau der Systeme der sozialen Sicherung in Deutschland steht weiterhin auf der Agenda der politischen Entscheidungen. Insbesondere die demographische Entwicklung ist nicht nur eine Herausforderung für die finanzielle Absicherung im Alter, sondern auch für die Absicherung im Krankheitsfall. Und wenn es angesichts der wirtschaftlichen Situation und den zunehmenden finanziellen Problemen der Gesetzlichen Krankenversicherung weiterhin Prinzip der deutschen Gesundheitspolitik sein soll, für alle Schichten und Gruppen der Bevölkerung gleichermaßen eine umfassende Versorgung mit medizinischen Leistungen sicherzustellen, dann bedarf es weiterer Reformen, um gleichen Zugang zu den verschiedenen Einrichtungen des gesundheitlichen Versorgungssystems zu gewährleisten – unabhängig von Alter und Geschlecht, von Ausbildung, Einkommen oder Wohnort.

Im Herbst 2003 wurden zwar die gesundheitspolitischen Weichen gestellt, aber – darin sind sich die Experten und die politischen Entscheidungsträger einig – der Reformprozess hat erst begonnen. Umso wichtiger werden angesichts dieser Umbruchsituation die dauerhafte und detaillierte Beobachtung der Indikatoren der Inanspruchnahme des Versorgungssystems und die Erfassung der individuellen Präferenzen von Versicherten und Patienten. Denn die Berücksichtigung ihrer Wünsche und Interessen ist eine entscheidende Bedingung für die Umsetzung der notwendigen Reformen.

4.1 Einschätzungen des Gesundheitszustandes und der Gesundheitszufriedenheit

Angaben zur Beschreibung des Gesundheitszustandes und zur Gesundheitszufriedenheit unterscheiden sich durch den Grad der subjektiven Prägung. Die Einschätzung des Gesundheitszustandes bildet stärker die »objektive« Bewertung ab, die Aussagen zur Zufriedenheit das »subjektive« Moment. Die Zufriedenheit mit der Gesundheit ist zwar zunächst vom tatsächlichen Krankheitsgeschehen abhängig, sie ist aber auch abhängig vom jeweiligen Anspruch an das gesundheitliche Wohlbefinden. Wenn die Zufriedenheit sinkt, kann dies auf eine tatsächliche Verschlechterung des

Gesundheitszustandes oder auf ein gestiegenes Anspruchsniveau zurückzuführen sein. Dies erklärt zum Beispiel den Befund, dass bei vergleichbarem gesundheitlichem Status die Zufriedenheit älterer Menschen höher ist als die jüngerer. Diese Differenzierung wird noch deutlicher, wenn die Veränderungen der beiden Indikatoren nicht gleichförmig verlaufen; wenn also mit einer Verbesserung der Gesundheitszustandsbeschreibung eine Verschlechterung der Zufriedenheit verbunden ist.

In Tabelle 1 wird die Einschätzung des Gesundheitszustandes in den Jahren 2000, 2002 und 2004 gezeigt, aufgeschlüsselt nach sozialen Merkmalen. Insbesondere die Werte für die Altersgruppen bestätigen den Zusammenhang zwischen dem tatsächlichen Gesundheitszustand und der Einschätzung durch die Befragten. Denn mit höherem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, an einer oder an mehreren Krankheiten zu leiden. Mit steigendem Bildungsniveau und höherem Einkommen wird der Ge-

Tab. 1: Bewertung des Gesundheitszustandes
nach sozio-demographischen Merkmalen, 2002–2004

	Bewertung des Gesundheitszustandes								
	Gut			Zufriedenstellend			Schlecht		
	2000	2002	2004	2000	2002	2004	2000	2002	2004
	in %								
Insgesamt	49	48	48	33	34	32	18	18	20
Geschlecht									
Männer	52	51	50	32	33	32	15	16	18
Frauen	46	45	45	34	35	33	20	20	22
Alter									
Unter 40 Jahre	71	69	71	22	24	21	7	7	8
40–59 Jahre	46	47	46	36	36	35	18	17	19
60 Jahre und älter	23	23	24	45	45	42	32	32	35
Berufsausbildung									
Ohne Abschluss	45	46	48	33	32	29	23	22	23
Mittlerer Abschluss	48	46	46	35	36	34	17	18	20
Fachhoch-, Hochschule	58	54	53	30	33	31	11	13	16
Erwerbstätigkeit									
Voll erwerbstätig	61	60	59	29	30	29	10	9	12
Teilzeit beschäftigt	54	50	53	34	39	33	12	12	14
Nicht erwerbstätig	37	36	38	37	37	35	26	27	28
Verfügbares Haushalts- nettoeinkommen ¹									
Keine Angabe	55	53	53	30	33	29	15	14	17
Unterste Gruppe	39	36	36	32	34	32	29	30	32
Zweite Gruppe	41	41	40	37	37	35	22	22	25
Dritte Gruppe	52	49	51	32	35	32	16	16	17
Höchste Gruppe	58	59	57	31	31	30	11	10	13
Region									
Westdeutschland	49	48	48	33	34	32	18	18	20
Ostdeutschland	46	46	45	35	35	34	18	18	21

¹ Die Einkommensgrenzen für die Bildung der Gruppen sind: bis 1 000 EUR, bis 2 000 EUR, bis 3 000 EUR, über 3 000 EUR.

Datenbasis: SOEP 2000, 2002, 2004.

Tab. 2: Zufriedenheit mit der Gesundheit, 2000–2004

	Zufriedenheit ¹ mit der Gesundheit			Veränderung ² der Zufriedenheit 2000/2002			Veränderung ² der Zufriedenheit 2002/2004		
	2000	2002	2004	Zufriedener	Etwa gleich	Unzufriedener	Zufriedener	Etwa gleich	Unzufriedener
	Mittelwert			in %					
Insgesamt	6,6	6,6	6,4	16	64	20	14	64	22
Geschlecht									
Männer	6,8	6,7	6,5	15	65	20	13	67	20
Frauen	6,6	6,5	6,3	17	62	21	16	62	23
Alter									
Unter 40 Jahre	7,5	7,5	7,4	14	67	19	15	66	19
40–59 Jahre	6,5	6,5	6,3	16	64	20	15	64	21
60 Jahre und älter	5,6	5,7	5,5	18	60	22	14	61	25
Berufsausbildung									
Ohne Abschluss	6,4	6,5	6,4	18	62	20	15	62	23
Mittlerer Abschluss	6,7	6,6	6,4	16	63	21	15	64	22
Fachhoch-, Hochschule	7,0	6,9	6,7	13	68	18	13	68	19
Erwerbstätigkeit									
Voll erwerbstätig	7,2	7,1	6,9	14	66	20	13	67	19
Teilzeit beschäftigt	7,0	6,9	6,7	16	63	21	16	62	22
Nicht erwerbstätig	6,1	6,1	6,0	18	61	21	15	61	23
Verfügbares Haushaltseinkommen³									
Keine Angabe	7,0	6,7	6,6	13	64	24	13	64	22
Unterste Gruppe	6,0	6,0	5,7	19	61	20	17	59	25
Zweite Gruppe	6,3	6,3	6,1	17	62	21	15	62	23
Dritte Gruppe	6,8	6,7	6,6	16	64	21	14	65	21
Höchste Gruppe	7,1	7,1	6,9	15	67	19	14	68	19
Region									
Westdeutschland	6,7	6,7	6,5	16	64	20	14	64	21
Ostdeutschland	6,4	6,3	6,1	16	62	21	15	63	22

1 Mittelwert auf der Zufriedenheitsskala von 0 bis 10; 0 = »Ganz und gar unzufrieden«, 10 = »Ganz und gar zufrieden«; Kategorien: »Eher unzufrieden« (0 bis 4), »Eher zufrieden« (6 bis 10).

2 Veränderungen um mindestens zwei Skalenwerte auf der Skala von 0 bis 10.

3 Die Einkommensgrenzen für die Bildung der Gruppen sind: bis 1000 EUR, bis 2000 EUR, bis 3000 EUR, über 3000 EUR.

Datenbasis: SOEP 2000, 2002, 2004.

sundheitszustand besser beurteilt. Auch wenn es einen Zusammenhang zwischen Alter einerseits und Einkommen und Berufsbildung andererseits gibt: Zulässig ist die Schlussfolgerung, dass Bevölkerungsgruppen mit weniger qualifizierten Berufsabschlüssen und niedrigerem Einkommen einen schlechteren Gesundheitszustand haben.

Daneben finden sich auch geschlechtsspezifische Unterschiede: Frauen beurteilen ihren Gesundheitszustand kritischer als Männer. Diese Unterschiede spiegeln allerdings keine realen Morbiditätsdifferenzen wider. Bisher gibt es für diese Differenzen noch keine umfassenden und allgemein akzeptierten Erklärungen. Weitgehend an-

geglichen haben sich die Einschätzungen in den beiden Landesteilen Deutschlands, die beobachtbaren Differenzen sind nur noch marginal.

Von 2002 auf 2004 hat sich die Beurteilung des Gesundheitszustandes insgesamt etwas verschlechtert. Für alle hier aufgeführten Gruppen gilt, dass die Anteile derer, die ihren Gesundheitszustand eher schlecht beurteilen, gestiegen sind. Und da zwischen der Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Gesundheitszufriedenheit ein enger Zusammenhang besteht, überrascht es nicht, dass in diesem Zeitraum auch die Gesundheitszufriedenheit für die einzelnen Gruppen insgesamt etwas zurückgegangen ist (vgl. Tab. 2).

4.2 Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitsleistungen

In Indikatoren zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dokumentiert sich zunächst das Krankheitsgeschehen der Bevölkerung; darüber hinaus stellen sie aber auch eine wichtige Basis zur Einschätzung der Versorgungssituation dar. Struktur und Entwicklung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen geben zudem auch Hinweise für die Beurteilung der Kosten im Gesundheitswesen sowie auf Versorgungsdefizite, Überkapazitäten und Ineffizienzen. Diese Indikatoren stellen damit auch eine empirische Basis zur Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit dar und sie bieten Hinweise auf Tendenzen zur Über-, Fehl- oder zur Unterversorgung.

Die ambulante Inanspruchnahme wird hier mit zwei Indikatoren beschrieben. Die so genannte »Quartalsinanspruchnahme« bezieht sich auf den Anteil derjenigen Personen, die in den letzten drei Monaten vor der Befragung mindestens einmal einen Arzt aufgesucht haben. Als zweite Kennziffer wird die Kontakthäufigkeit pro Patient im letzten Quartal genutzt. Dieser Indikator bezieht sich stärker auf einzelne Krankheitsepisoden und sagt auch etwas aus über die Entscheidungen der Ärzte und ihr therapeutisches Handeln. Die Kontakthäufigkeiten innerhalb der Krankheitsepisoden werden deshalb auch durch das Überweisungs- bzw. Wiederbestellverhalten der jeweiligen Ärzte bestimmt.

Tabelle 3 zeigt, dass etwa 70 % der Bevölkerung mindestens einmal im Quartal zum Arzt gehen. Dieser Anteil hat sich in den letzten Jahren kaum verändert. Auch die Unterschiede zwischen Frauen und Männern sowie zwischen den einzelnen Altersgruppen sind im Vergleich der Jahre ähnlich. Stets gilt, dass Frauen häufiger zum Arzt gehen als Männer. Je schlechter die Einschätzung des Gesundheitszustandes, desto größer der Wert der Quartalsinanspruchnahme. Dieser Zusammenhang gilt auch für die Häufigkeit der Arztkontakte. Bemerkenswert ist hier jedoch die rückläufige Entwicklung seit 1995. Dazu dürften auch die Veränderungen im Honorierungssystem der ambulanten Versorgung beigetragen haben.

Die Einführung der Praxisgebühren hat zu einer Verringerung der Arztkontakte geführt. Dies lässt sich daran erkennen, dass von 2002 auf 2004 die durchschnittliche

Tab. 3: Arztbesuche und durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche pro Patient im letzten Quartal, 2000–2004

	Mindestens ein Arztbesuch pro Patient im letzten Quartal			Durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche pro Patient im letzten Quartal		
	2000	2002	2004	2000	2002	2004
	Anteil in %			Mittelwert		
Insgesamt	69	69	69	4,0	3,9	3,6
Geschlecht						
Männer	61	61	61	3,8	3,7	3,4
Frauen	75	75	76	4,2	4,0	3,8
Alter						
Unter 40 Jahre	59	59	58	3,3	3,3	2,9
40–59 Jahre	66	64	64	3,9	3,8	3,6
60 Jahre und älter	84	84	86	4,7	4,5	4,2
Berufsausbildung						
Ohne Abschluss	69	67	67	4,3	3,9	3,6
Mittlerer Abschluss	69	70	70	4,0	4,0	3,7
Fachhoch-, Hochschule	67	69	69	3,5	3,6	3,4
Erwerbstätigkeit						
Voll erwerbstätig	60	60	59	3,3	3,3	3,1
Teilzeit beschäftigt	68	71	71	3,6	3,3	3,2
Nicht erwerbstätig	76	76	76	4,6	4,4	4,1
Verfügbares Haushaltseinkommen¹						
Keine Angabe	63	62	63	3,4	3,4	3,2
Unterste Gruppe	74	73	72	4,8	4,7	4,0
Zweite Gruppe	72	72	73	4,3	4,0	3,9
Dritte Gruppe	67	66	67	3,8	4,1	3,7
Höchste Gruppe	64	67	66	3,5	3,3	3,1
Region						
Westdeutschland	68	68	68	4,1	4,0	3,7
Ostdeutschland	71	72	72	3,5	3,5	3,3
Gesundheitszustand						
Sehr gut	44	42	45	2,1	2,4	1,9
Gut	58	57	58	2,6	2,6	2,5
Zufrieden stellend	76	76	75	3,7	3,5	3,3
Weniger gut	90	92	89	6,1	5,7	5,2
Schlecht	97	94	96	9,9	9,9	8,0

1 Die Einkommensgrenzen für die Bildung der Gruppen sind: bis 1000 EUR, bis 2000 EUR, bis 3000 EUR, über 3000 EUR.

Datenbasis: SOEP 2000, 2002, 2004.

Anzahl an Arztkontakten stärker als in den Jahren vorher rückläufig ist. Da der Rückgang in der untersten Einkommensgruppe und bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand am stärksten ist, mag eingetreten sein, was Kritiker befürchtet haben: Die Praxisgebühr belastet vor allem einkommensschwächere Schichten und chronisch Kranke. Es kann aber auch vermutet werden, dass durch die gleichzeitige Einführung von Überweisungsscheinen bisher »unnötige« Mehrfachuntersuchungen unterbleiben.

4.3. Stationäre Inanspruchnahme – Krankenhausaufenthalte

Auch die stationäre Inanspruchnahme wird durch zwei Indikatoren abgebildet. Die erste Kennziffer erfasst den Anteil derjenigen Personen, die im letzten Jahr mindestens eine Nacht als Patient im Krankenhaus verbracht haben. Die zweite Kennziffer ist die Gesamtzahl der im letzten Jahr verbrachten Nächte im Krankenhaus pro Patient. Da die niedergelassenen Ärzte über die stationäre Einweisung entscheiden, ist die Höhe des Anteils derer, die mindestens einmal im Jahr im Krankenhaus waren, auch von dem Verhalten der Ärzte abhängig. Die Gesamtzahl der im Krankenhaus verbrachten Nächte – die Verweildauer – ist ein zentraler Indikator für die stationäre Versorgung. Von der Verringerung der Verweildauer verspricht man sich

Tab. 4: Krankenhausaufenthalt im letzten Jahr und Dauer des Aufenthalts,
2000–2004

	Krankenhausaufenthalt			Durchschnittliche Anzahl der Nächte		
	2000	2002	2004	2000	2002	2004
	Anteil in %			Mittelwert		
Insgesamt	12	13	13	16	15	15
Geschlecht						
Männer	11	11	11	16	16	16
Frauen	13	14	14	15	14	13
Alter						
Unter 40 Jahre	10	10	9	11	9	10
40–59 Jahre	10	10	10	14	14	15
60 Jahre und älter	18	19	20	21	18	17
Berufsausbildung						
Ohne Abschluss	13	13	12	17	15	17
Mittlerer Abschluss	13	13	14	16	15	15
Fachhoch-, Hochschule	10	11	12	13	12	11
Erwerbstätigkeit						
Voll erwerbstätig	10	10	10	11	10	10
Teilzeit beschäftigt	8	9	9	10	12	8
Nicht erwerbstätig	15	16	16	19	18	17
Verfügbares Haushalts- nettoeinkommen¹						
Keine Angabe	12	13	12	21	12	14
Unterste Gruppe	15	15	16	20	17	20
Zweite Gruppe	14	14	14	17	17	16
Dritte Gruppe	12	11	13	15	14	14
Höchste Gruppe	10	11	10	11	12	11
Region						
Westdeutschland	12	13	13	16	14	14
Ostdeutschland	12	13	13	15	17	16

¹ Die Einkommensgrenzen für die Bildung der Gruppen sind: bis 1 000 EUR, bis 2 000 EUR, bis 3 000 EUR, über 3 000 EUR.

Datenbasis: SOEP 2000, 2002, 2004.

eine deutliche Senkung der Ausgaben für das Gesundheitswesen. Denn die Ausgaben für die stationäre Versorgung machen ein Drittel der gesamten Gesundheitsausgaben aus.

Bemerkenswert ist die unterschiedliche Entwicklung der beiden Indikatoren zur stationären Inanspruchnahme. Während die Häufigkeit der stationären Einweisungen insgesamt leicht gestiegen ist, bleibt die Zahl der im Krankenhaus verbrachten Nächte etwa gleich. Zu beachten ist, dass die Verweildauer sich hier auf die Zahl der Nächte pro Jahr bezieht. Wenn also bei steigenden Einweisungen die Zahl der Nächte etwa gleich bleibt, dann sinkt die Verweildauer pro Fall. Diese Zahlen könnten ein Hinweis auf den befürchteten »Drehtüreffekt« sein: Die Patienten werden zwar im Durchschnitt früher wieder entlassen, dafür steigt aber die Wahrscheinlichkeit, dass sie bald wieder eingewiesen werden müssen.

4.4. Fehlzeiten

Während in der offiziellen Krankenstandsstatistik lediglich die vom Arzt vorgenommene Krankschreibung berücksichtigt wird, sind in den Angaben zu den Fehlzeiten alle Tage erfasst, die die Erwerbstätigen nach eigenen Angaben im Lauf des letzten Jahres krankheitsbedingt nicht gearbeitet haben. Ausgewiesen in der Tabelle 5 werden die Anteile derer, die mindestens einen Tag wegen Krankheit nicht gearbeitet haben, und die durchschnittliche Zahl von Krankheitstagen.

Der in den letzten Jahren kontinuierlich gesunkene Krankenstand spiegelt sich in den Fehlzeiten der Jahre 2000 bis 2004 nicht wider. Denn sowohl die Anteile derjenigen, die mindestens an einem Tage krankheitshalber nicht gearbeitet haben, als auch die durchschnittliche Zahl der nicht gearbeiteten Tage sind weitgehend gleich geblieben. Vor dem Hintergrund des aber tatsächlich gesunkenen Krankenstands heißt dies, dass die Fälle kurzen, krankheitsbedingten Absentismus zugenommen haben müssen.

Der statistische Zusammenhang zwischen Krankenstand und Arbeitslosigkeit beziehungsweise konjunktureller Entwicklung war schon immer Gegenstand kontroverser Interpretationen. Während Arbeitgeber dazu neigen, niedrigere Krankenstandsziffern als Eindämmung des »Krankfeierns« zu interpretieren, sehen Gewerkschaften darin eher ein Zeichen dafür, dass die Beschäftigten aus Furcht vor Arbeitslosigkeit auch bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen zur Arbeit gehen. Die für Ostdeutschland gefundenen Ergebnisse scheinen diese Argumentation zu bestätigen, da der Absentismus im Osten Deutschlands deutlich geringer ausfällt.

Dass sowohl soziale Kontrolle als auch Furcht vor Arbeitsplatzverlust durch Absentismus einen Einfluss auf die Fehlzeiten haben, zeigen die Daten zu den unterschiedlichen Betriebsgrößen und der Zugehörigkeit zum öffentlichen Dienst. Denn mit steigender Betriebsgröße steigt die Wahrscheinlichkeit massiv an, mindestens einen Tag krankheitshalber zu fehlen. Auch die durchschnittliche Zahl der wegen Krankheit nicht

Tab. 5: Fehlzeiten – Anteile und durchschnittliche Zahl der wegen Krankheit nicht gearbeiteten Tage im letzten Jahr, 2000–2004

	Anteil der wegen Krankheit nicht gearbeiteten Tage im letzten Jahr			Durchschnittliche Zahl der wegen Krankheit nicht gearbeiteten Tage im letzten Jahr		
	2000	2002	2004	2000	2002	2004
	In %			Mittelwert		
Insgesamt	50	49	49	9	9	9
Geschlecht						
Männer	49	48	48	10	9	8
Frauen	50	50	50	9	10	10
Alter						
Unter 35 Jahre	54	52	52	8	7	6
35–50 Jahre	48	48	49	8	9	9
50–60 Jahre	48	47	46	15	13	12
Berufsausbildung						
Ohne Abschluss	50	47	44	13	12	8
Mittlerer Abschluss	50	49	50	10	10	10
Fachhoch-, Hochschule	47	49	49	6	6	7
Erwerbstätigkeit						
Voll erwerbstätig	51	51	51	9	9	8
Teilzeit beschäftigt	48	47	50	8	8	9
Nicht mehr erwerbstätig	39	35	35	16	16	12
Verfügbares Haushalt- nettoeinkommen¹						
Keine Angabe	38	40	36	7	9	5
Unterste Gruppe	39	41	39	9	10	8
Zweite Gruppe	51	50	51	12	11	11
Dritte Gruppe	51	49	49	9	9	9
Höchste Gruppe	50	51	51	8	8	8
Region						
Westdeutschland	50	49	50	9	9	9
Ostdeutschland	45	45	42	10	9	9
Betriebsgröße						
Selbständig ohne Mitarbeiter	24	24	28	4	4	5
Unter 5 Mitarbeiter	34	32	32	5	5	5
5–200 Mitarbeiter	49	48	48	8	8	8
Über 200 Mitarbeiter	57	58	58	10	10	10
Öffentlicher Dienst						
Ja	60	58	60	10	10	10
Nein	46	46	45	8	8	7

¹ Die Einkommensgrenzen für die Bildung der Gruppen sind: bis 1 000 EUR, bis 2 000 EUR, bis 3 000 EUR, über 3 000 EUR.

Datenbasis: SOEP 2000, 2002, 2004.

gearbeiteten Tage ist in Betrieben mit mehr als 200 Beschäftigten im Vergleich zu den Kleinstbetrieben bis fünf Mitarbeitern etwa doppelt so hoch. Im öffentlichen Dienst, einem Bereich mit vergleichsweise hoher Beschäftigungssicherheit, liegen die krankheitsbedingten Fehlzeiten deutlich über denen anderer Bereiche.

Tab. 6: Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung mit einer privaten Zusatzversicherung, 2000–2004

	2000	2002	2004
	Anteil in %		
Versicherte der GKV mit einer privaten Zusatzversicherung	10	11	12
Leistungsumfang ¹			
Krankenhausbehandlung	7	8	9
Zahnersatz	4	5	6
Heil- und Hilfsmittel	3	4	4
Auslandsaufenthalt	3	4	4
Sonstiges	1	2	2
Geschlecht			
Männer	9	11	12
Frauen	10	11	12
Alter			
Unter 40 Jahre	9	11	12
40–59 Jahre	11	12	13
60 Jahre und älter	9	11	11
Berufsbildung			
Ohne Abschluss	6	6	7
Mittlerer Abschluss	10	12	13
Fachhoch-, Hochschule	17	18	20
Erwerbstätigkeit			
Voll erwerbstätig	11	14	15
Teilzeit beschäftigt	11	13	16
Nicht erwerbstätig	8	9	9
Verfügbares Haushaltsnettoeinkommen ²			
Keine Angabe	15	17	19
Unterste Gruppe	6	5	5
Zweite Gruppe	6	7	9
Dritte Gruppe	9	11	12
Höchste Gruppe	17	21	22
Kassenwechsler (nur GKV)			
Nein	10	11	12
Ja	12	14	15
Region			
Westdeutschland	11	13	13
Ostdeutschland	4	5	6
Gesundheitszustand			
Sehr gut	10	12	14
Gut	11	13	12
Zufrieden stellend	9	11	13
Weniger gut	8	8	11
Schlecht	6	6	7

1 Mehrfachnennungen möglich.

2 Die Einkommensgrenzen für die Bildung der Gruppen sind: bis 1000 EUR, bis 2000 EUR, bis 3000 EUR, über 3000 EUR.

Datenbasis: SOEP 2000, 2002, 2004.

4.5 Private Krankenzusatzversicherungen

Ein Hinweis auf Veränderungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung ist die zunehmende Zahl der privaten Krankenzusatzversicherungen, die von den gesetzlichen Kassen in Kooperation mit privaten Krankenkassen angeboten werden. Gründe für den wachsenden Markt lassen sich an den Leistungsmerkmalen erkennen, die auch Hinweise auf die Motive geben, derartige Policen abzuschließen (siehe Tab. 6 auf S. 471).

Die Differenzierung nach Einkommensgruppen zeigt, dass mit höheren Einkommen auch der Anteil an Versicherten mit Zusatzpolicen ansteigt. Versicherte, die die Kasse gewechselt haben, haben im Durchschnitt erheblich mehr Zusatzversicherungen als andere Nichtwechsler. Dies ist ein Hinweis darauf, dass diese Angebote auch ein Anreiz für den Wechsel gewesen sein dürften.

Die Zahlen zur Struktur der privaten Krankenzusatzversicherung sind auch Ausdruck eines verstärkten, politisch gewünschten Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Kassen. Sie zeigen, dass Versicherte und Patienten nicht mehr allein die Höhe des Beitragssatzes als Wechselmotiv ansehen, sondern dass dabei auch Leistungsumfang und Leistungsqualität zunehmend an Bedeutung gewinnen.

4.6 Zusammenfassung

Internationale Vergleichsstudien zeigen, dass in Deutschland die Kosten für die Gesundheitsversorgung gemessen am Bruttoinlandsprodukt nach den USA und der Schweiz am höchsten sind. Gleichwohl nimmt Deutschland im Vergleich der Qualität der Gesundheitsversorgung in einzelnen Bereichen keinen vorderen Rangplatz ein. Dennoch kann die Gesundheitsversorgung insgesamt als durchaus zufriedenstellend eingeschätzt werden. Hervorzuheben ist insbesondere die bisher im internationalen Vergleich breite Abdeckung gesundheitlicher Risiken durch das deutsche Krankenversicherungssystem. Allerdings wird sich im Zuge des nachhaltigen Umbaus der Umfang der Abdeckung gesundheitlicher Risiken ebenso ändern wie die finanzielle Belastung für die Versicherten und Patienten. Die zusätzliche private Versicherung des Zahnersatzes sowie die Einführung von Praxisgebühren sind als erste Schritte zu sehen.

(Hanfried Andersen / Markus Grabka / Johannes Schwarze)

Weitere Informationen zum Thema Gesundheit siehe Teil I, Kap. 8, zum Thema Gesetzliche Krankenversicherung Teil I, Kap. 9.5.