

Statistisches Bundesamt

Gesundheitsbericht für Deutschland

Kurzfassung

herausgegeben vom Statistischen Bundesamt

Die Kurzfassung liegt auch in englischer Sprache vor.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Vorwort

Der Gesundheitsbericht zeichnet erstmals ein Gesamtbild des in Deutschland gewachsenen komplexen Gesundheitswesens. Die wichtigsten Entwicklungen, aktuellen Problemlagen und Zusammenhänge stehen im Mittelpunkt der Betrachtung. Der Gesundheitsbericht bietet der interessierten Öffentlichkeit in mehr als 100 Themenfeldern – jeweils auf wenigen Seiten komprimiert – eine Fülle von Informationen, die sonst nur verstreut vorliegen und oft schwer zugänglich sind. Der Bericht ist zugleich Nachschlagewerk insbesondere für diejenigen, die sich aus beruflichen oder privaten Gründen vorab über Teilaspekte des Gesundheitswesens informieren möchten. Deshalb wollen die Einzelbeiträge keine nur noch Spezialisten verständlichen Berichte sein, sondern legen jeweils Wert auf eine Darstellung im Gesamtzusammenhang unseres Gesundheitssystems.

Beim Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes, die vom Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie sowie vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde, hat der Gesundheitsbericht eine zentrale, thematisch leitende Funktion. Allen Beteiligten, die hieran mitgewirkt haben, sei an dieser Stelle ganz herzlich gedankt. Dank gebührt vor allem dem Arbeitskreis „Gesundheitsberichterstattung“, der das Statistische Bundesamt bei der Koordination und Steuerung des Forschungsvorhabens wesentlich unterstützt und gewissermaßen das fachliche und methodische Rückgrat gebildet hat. Dem Wissenschaftlichen Beirat „Gesundheitsberichterstattung“ möchte ich für seine engagierte, projektbegleitende Beratung und die vielen hilfreichen Empfehlungen danken; seine Mitglieder haben wesentlich dazu beigetragen, daß die Themenfelder methodisch sauber und ausgewogen behandelt werden konnten.

Die eigentliche Projektausführung lag in den Händen einer Vielzahl namhafter Experten, Forscher, Wissenschaftler sowie Verwaltungsfachleute. Ihnen allen sei Dank für ihre speziellen Beiträge gesagt, aber auch für die Geduld und Diskussionsbereitschaft im langwierigen Bearbeitungsprozeß. Ganz besonders möchte ich die Mithilfe der externen Datenhalter hervorheben. Ohne ihre Bereitschaft, der GBE Daten und Hintergrundinformationen kostenlos zu überlassen und ohne die Unterstützung des Projektbeirats „Gesundheitsberichterstattung“ beim Bundesministerium für Gesundheit hätte der Gesundheitsbericht nicht geschrieben werden können.

Der Aufbau der Gesundheitsberichterstattung war angesichts des gegliederten Gesundheitswesens in Deutschland und der Tatsache, daß der einschlägige Sachverstand auf viele Köpfe und Stellen verteilt ist, nur arbeitsteilig und im kooperativen Vorgehen

möglich. Keine Institution vermag heute alle Themenbereiche gleichermaßen zu überblicken. Die GBE ist in der Phase ihrer Entstehung, aber ebenso bei ihrer Fortführung als Gemeinschaftsaufgabe anzusehen.

Das Statistische Bundesamt, bei dem die Federführung für das Forschungsvorhaben lag, hat in der mehr als fünfjährigen Aufbauphase der Gesundheitsberichterstattung viele neue Erkenntnisse und Impulse für die Weiterentwicklung der amtlichen Statistik erfahren. Für die beteiligten Mitarbeiter meines Hauses, besonders in der Projektleitung, der Geschäftsstelle sowie im Informations- und Dokumentationszentrum „Gesundheitsdaten“ war der Aufbau der GBE eine große Herausforderung, der sie sich mit großem persönlichem Einsatz und Engagement gewidmet haben.

Der Gesundheitsbericht wird helfen, gesundheitliche Gefahren besser zu erkennen und Chancen für eine wirksamere Versorgung und ein vernünftiges Gesundheitsverhalten bewußter zu nutzen. Das Robert Koch-Institut wird im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit den Gesundheitsbericht deshalb künftig in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt fortschreiben.

Wiesbaden, im Juni 1998

**Der Präsident
des Statistischen Bundesamtes**

Johann Hahlen

Vorwort

Die Wurzeln des vorliegenden Gesundheitsberichtes für Deutschland liegen weit vor der Zeit der Vereinigung. Bereits 1987 war mit Fördermitteln des damaligen Bundesministeriums für Forschung und Technologie ein Projekt gestartet worden, das eine Bestandsaufnahme der Datenquellen und einen Konzeptvorschlag für eine zukünftige Gesundheitsberichterstattung erarbeiten sollte. Datenquellen wurden damals viele gefunden, doch sie sprudelten unkoordiniert und manchmal mit verstopftem Abfluß.

1992 waren dann alle organisatorischen und finanziellen Vorbereitungen für den Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung für Deutschland getroffen. Seit Beginn der Hauptphase des Forschungsvorhabens in 1994 arbeiteten unter der Leitung des Statistischen Bundesamtes Forschungsinstitute, Epidemiologen, Datenverarbeitungsexperten und Datenherren unermüdlich an dem Feinkonzept und seiner Realisierung. Die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirates haben den Entstehungsprozeß begleitet, auf wissenschaftliche Korrektheit und Ausgewogenheit geachtet und in einigen Fällen auch empfehlend eingegriffen.

Der vorliegende Gesundheitsbericht ist die Frucht einer langjährigen Forschungsförderung des Bundesministeriums für Forschung, Technologie, Bildung und Wissenschaft und des Bundesministeriums für Gesundheit, der man das verarbeitete Hirnschmalz und die verflossenen Schweißtropfen nicht ansieht. Ein allen Nutzergruppen und Interessen gerecht werdender Gesundheitsbericht war von vornherein nicht zu erwarten. Selbst mit 100 Kapiteln kann man nicht in alle Ecken eines Gesundheitswesens hineinleuchten. Manche Krankheitsarten, Gesundheitsgefährdungen oder Formen des Gesundheitsverhaltens mußten ausgelassen oder konnten nur gestreift werden, sei es, weil die Datenlage ungenügend war oder man sich auf höchste Prioritäten beschränken mußte. Länder, die über konsensierte prioritäre Gesundheitsziele verfügen, tun sich da mit der Gestaltung ihres Gesundheitsberichtes wesentlich leichter.

Der ausformulierte Gesundheitsbericht, ergänzt um tiefergehende Berichte zu Spezialthemen, ist allerdings nur ein Teil der zukünftigen Gesundheitsberichterstattung. Eine mindestens ebenso große Bedeutung hat das gleichzeitig geschaffene „Informations- und Dokumentationszentrum Gesundheitsdaten“, das beim Statistischen Bundesamt angesiedelt ist. Es kümmert sich nicht nur um die Beschaffung und Aufbereitung der Daten, sondern insbesondere auch um die Bereitstellung verlässlicher und aktueller Informationen zum Gesundheitsgeschehen.

Während der Forschungsphase hat sich die enge Kooperation und Arbeitsteilung zwischen dem Statistischen Bundesamt als Informationszentrum und dem zukünftig inhaltlich verantwortlichen Robert Koch-Institut als sinnvoll und zweckmäßig herausgestellt. Der Wissenschaftliche Beirat hofft, daß diese Kooperation und Arbeitsteilung auch in Zukunft erfolgreich weitergeführt und zu regelmäßigen Fortschreibungen des Gesundheitsberichtes führen wird.

Die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirates betrauern den Verlust zweier fachkompetenter und engagierter Kolleginnen – Frau Dipl.-Vw. Elisabeth Schach, Dortmund und Frau Prof. Dr. Dr. Irene Guggenmoos-Holzmann, Berlin, die durch ihren hohen persönlichen Einsatz ganz wesentlich dazu beigetragen haben, daß der Wissenschaftliche Beirat seine nicht immer leichten Aufgaben erfüllen konnte. Er bedankt sich ausdrücklich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle des Forschungsvorhabens für die gekonnte Vorbereitung seiner Sitzungen und die Umsetzung seiner Empfehlungen.

Wir würden uns freuen, wenn der neu geschaffene Gesundheitsbericht nun tatsächlich die erhoffte verlässliche Datengrundlage für rationale, themenbezogene, gesundheitspolitische Diskussionen und Entscheidungen darstellt. Erst die rege Nutzung seiner Informationen wird seine Stärken und Schwächen aufzeigen und eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung ermöglichen. Als Wissenschaftler wünschen wir uns eine auf ihm aufbauende, verstärkte, epidemiologische Forschung, die die weißen Felder des Gesundheitsberichtes mit Inhalten füllt und die von ihm aufgeworfenen Fragen beantwortet.

Wiesbaden, im Juni 1998

**Für den Wissenschaftlichen Beirat
„Gesundheitsberichterstattung“**

Prof. Dr. H.K. Selbmann

Mitwirkende

Projektleitung

Ulrich Hoffmann, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Arbeitskreis „Gesundheitsberichterstattung“

Karl E. Bergmann, Robert Koch-Institut, Bundesinstitut für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten, Berlin

Josef Georg Brecht, InForMed Gesellschaft für interdisziplinäre Forschung und Beratung im Gesundheitswesen m.b.H., Hamburg

Thomas Schäfer, ISEG Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Witten-Herdecke

Markus Schneider, BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, Augsburg

Wilhelm F. Schröder, IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin

Wilhelm Thiele, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg, Hamburg

Wissenschaftlicher Beirat „Gesundheitsberichterstattung“

Hans Konrad Selbmann, Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Tübingen (Vorsitzender)

Ralph Brennecke, Freie Universität Berlin, Institut für Soziale Medizin, Berlin

Wilhelm van Eimeren, GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung, Neuherberg

Irene Guggenmoos-Holzmann, Freie Universität Berlin, Institut für Medizinische Statistik und Informationsverarbeitung, Berlin (†)

Rüdiger Klar, Universität Freiburg, Institut für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik, Freiburg

Richard H. Noack, Karl-Franzens-Universität Graz, Institut für Sozialmedizin, Graz

Hans-Heinrich Raspe, Medizinische Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin, Lübeck

Bernt-Peter Robra, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Institut für Sozialmedizin, Magdeburg

Elisabeth Schach, Universität Dortmund, Hochschulrechenzentrum, Dortmund (†)

Johannes Siegrist, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Medizinische Soziologie, Düsseldorf

Manfred Zachcial, Universität Bremen, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Bremen

Jens Alber, Universität Konstanz, Fakultät für Verwaltungswissenschaften, Konstanz (bis Oktober 1993)

Felix Gutzwiller, Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Zürich (bis Oktober 1993)

Friedrich Wilhelm Schwartz, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin, Hannover (bis April 1994)

Bearbeiter der Berichtskapitel

Der Gesundheitsbericht enthält eine vollständige Namensliste.

Reviewer der Berichtskapitel

Der Gesundheitsbericht enthält eine vollständige Namensliste.

Geschäftsstelle „Gesundheitsberichterstattung“

Karin Böhm, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (Leitung)

Der Gesundheitsbericht enthält eine vollständige Liste der Mitarbeiter.

Informations- und Dokumentationszentrum „Gesundheitsdaten“

Gunter Brückner, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden (Leitung)

Der Gesundheitsbericht enthält eine vollständige Liste der Mitarbeiter.

Inhalt

Vorworte	3
Mitwirkende	7
1 Ziele und Vorgehensweise der Gesundheitsberichterstattung	11
2 Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens	11
Politische und institutionelle Rahmenbedingungen	11
Demographische und soziale Rahmenbedingungen	12
Ökonomische Entwicklung	13
3 Gesundheitliche Lage	14
Länge des Lebens	14
Individuelle Aspekte von Gesundheit	16
Krankheitsfolgen	16
4 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen	18
Gesundheitsbeeinflussende Lebensweisen	18
Risikomerkmale der sozialen Lage	20
Risikomerkmale der Umwelt	23
Risikomerkmale der Arbeitswelt, der Freizeit und des Verkehrs	25
5 Krankheiten	27
Herz- und Kreislauf-Erkrankungen	27
Bösartige Neubildungen	28
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	30
Psychiatrische Krankheiten und Krankheiten des Nervensystems	32
Krankheiten der Atmungsorgane	34
Endokrinopathien	36
Krankheiten der Verdauungsorgane	36
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	37
Allergien	38
Infektionskrankheiten	39
Verletzungen	41

6 Ressourcen der Gesundheitsversorgung	42
Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung	42
Ambulante Gesundheitsversorgung	44
Stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung	46
Industrie, Forschung und Verwaltung	49
Erwerbstätige	51
7 Leistungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	52
Gesundheitsschutz, Vorsorge, Früherkennung	52
Ambulante Gesundheitsversorgung	55
Stationäre Gesundheitsversorgung	56
Einzelne Leistungsbereiche	58
8 Ausgaben, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens	62
Ausgaben und Kosten	62
Einkommen und Preise	65
Finanzierung	66

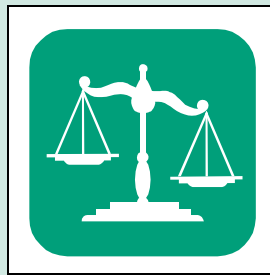
1 Ziele und Vorgehensweise der Gesundheitsberichterstattung

1. Der Gesundheitsbericht richtet sich an die interessierte Öffentlichkeit, die sich aus beruflichen oder privaten Gründen über Teilaspekte des Gesundheitswesens informieren will, wie Politiker, Verantwortliche in Verwaltungen, von Krankheit Betroffene, Studierende oder Journalisten.

2 Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens

Politische und institutionelle Rahmenbedingungen

2. Im Rahmen der konkurrierenden *Gesetzgebung* (Art. 70-78 Grundgesetz) hat der Bund wesentliche gesetzliche Gestaltungsaufgaben für die Krankenversicherung und damit für die Sicherstellung der Finanzierungs- und Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Wesentliche Gesetzgebungs- und Gestaltungskompetenzen der Länder betreffen Krankenhausplanung und Öffentlichen Gesundheitsdienst. Als Träger kommunaler Gesundheitsämter besitzen Kreise und Städte Einfluß auf die regionale Gesundheitsversorgung.



Die Vielgestaltigkeit der Rechtsgrundlagen für die Gesundheitspolitik ist Ausfluß des föderalen Aufbaus der Bundesrepublik Deutschland.

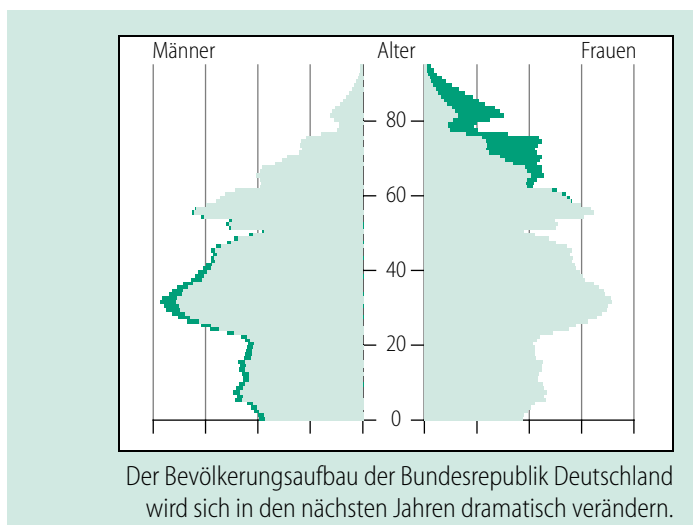
3. Charakteristische Merkmale des deutschen Gesundheitswesens sind seine Prägung durch Einrichtungen der *Selbstverwaltung* sowohl bei der Erbringung als auch Finanzierung der Gesundheitsleistungen sowie durch „freie Träger“.

Neben staatlichen Einrichtungen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene sowie Einrichtungen auf EU-Ebene sind die Einrichtungen der Sozialversicherungsträger (Krankenkassen, Unfallversicherung, Rentenversicherung), die Kassen-(zahn)ärztlichen Vereinigungen, die Kammern der freien Gesundheitsberufe, die Krankenhausgesellschaften und die Wohlfahrtsverbände wichtige Institutionen im Gesundheitswesen Deutschlands. Eine bedeutsame Rolle spielen die Selbsthilfeorganisationen Betroffener. Die Vielzahl dieser Einrichtungen garantiert einerseits die Stabilität des Gesamtsystems, weil weitgehender Interessenausgleich zwischen den Beteiligten gewährleistet wird, andererseits führt die Gliederung in unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche zu „Schnittstellen-Problemen“, die die Entwicklung innovativer Versorgungsformen, die Verbesserungen von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erschweren.

Demographische und soziale Rahmenbedingungen

4. Die *Bevölkerung* wuchs zwischen 1950 und 1995 von 69,3 auf 81,8 Mio. Es ist eine deutliche Zunahme des Anteils

alter und hochbetagter Menschen zu beobachten. Als Gründe für diese Verschiebungen sind der Geburtenrückgang vom Ende des 19. Jahrhunderts bis in die zwanziger Jahre sowie die in den letzten 40 Jahren kontinuierlich gestiegene Lebenserwartung anzusehen. Nach Bevölkerungsprognosen wird im Jahr 2010 mit 83,4 Mio. und



im Jahr 2040 mit nur noch 72,4 Mio. Einwohnern zu rechnen sein. Die Alterung der Gesellschaft wird weiter voranschreiten. Zugleich werden die Einpersonenhaushalte zunehmen. Hiermit verbunden ist ein Rückgang des Pflegepotentials in der Gesellschaft und eine Zunahme des Bedarfs an (professionellen) medizinischen und pflegerischen Leistungen.

5. Die *soziale Lage* beeinflusst die Entstehung und Bewältigung von Krankheiten, die Inanspruchnahme von Leistungen und die Sterblichkeit. Je niedriger die Bildung und/oder das Einkommen, desto höher die Sterblichkeit. Die Gesundheitspolitik muß verhindern, daß bereits sozial Benachteiligte bei der Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung weitere Nachteile erfahren.

6. Rund 90% der Bevölkerung (etwa 72 Mio. Menschen) sind in der *gesetzlichen Krankenversicherung* (GKV) versichert. Weitere 9% (etwa 7 Mio. Personen) sind umfassend privat versichert. Neben der Krankenversicherung decken auch Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung Krankheitsrisiken i.w.S. ab.

Ökonomische Entwicklung

7. Der *Ausgabenanteil für Gesundheit* (ohne Einkommensleistungen) am Bruttoinlandsprodukt stieg zwischen 1980 und 1994 im Westen von 8,8% auf 9,9%; im Osten ist die Quote mit 14% erheblich höher. Die Gesundheitsausgaben wuchsen damit etwas stärker als die gesamte Wirtschaftsleistung. Im europäischen Vergleich hat sich die Ausgabenquote seit

Mitte der achtziger Jahre dem europäischen Vergleichswert angenähert.

8. 1993/94 waren nach Schätzungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen rund 4,2 Mio. Personen im Gesundheitswesen beschäftigt. Dies entsprach etwa 12% aller Erwerbstätigen. Das *Beschäftigungswachstum* im Gesundheitsbereich ist im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen überdurchschnittlich. Ausgaben für Gesundheit werden zu ca. zwei Dritteln über Sozialversicherungsträger finanziert.

3 Gesundheitliche Lage

Länge des Lebens

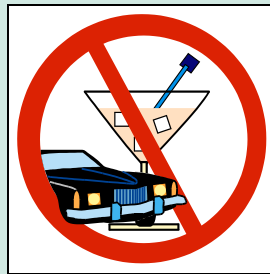
9. Die *Lebenserwartung* ist in den entwickelten Industrienationen seit 1955 erheblich gestiegen. 1995 konnten mehr als ein Drittel der männlichen und sogar mehr als die Hälfte der weiblichen Neugeborenen ein Alter von 80 Jahren erwarten. Die durchschnittliche Lebenserwartung für Männer lag bei 73,3 und für Frauen bei 79,8 Jahren. Mit einem wachsenden Anteil älterer und hochbetagter Menschen ist zu rechnen. Nach der Vereinigung ist die *Sterblichkeit* im Osten vorübergehend stark angestiegen.

Der Hauptgrund für diesen Anstieg liegt in der steigenden Zahl der Verkehrsunfälle.

10. Starben zu Beginn des Jahrhunderts Menschen noch überwiegend an akuten Krankheiten, so wurden diese im Zeitverlauf von den *chronischen Erkrankungen* abgelöst. Die Bedeutung der bösartigen Neubildungen, der psychiatrischen Krankheiten und der Krankheiten des Nervensystems nimmt kontinuierlich zu. 1995 waren 71% der Sterbefälle bei Männern und 76% bei Frauen auf Krankheiten des Kreislaufsystems und bösartige Neubildungen zurückzuführen.

11. *Dominierende Todesursache* im Altersbereich von 15-24 Jahren sind Unfälle und dabei im wesentlichen Kfz-Unfälle. Mit zunehmendem Alter gewinnen zunächst die Sterbefälle an bösartigen Neubildungen und mit weiter zunehmendem Alter die Kreislauferkrankungen an Bedeutung. 1995 entfielen auf die Kreislauferkrankungen 44% der männlichen und 53% der weiblichen Sterbefälle. Lungenkrebs ist bei Männern und Brustkrebs bei Frauen die häufigste Krebstodesursache.

12. Im *Ost-West-Vergleich* lassen sich für Menschen bis zum 65. Lebensjahr größere Unterschiede ausmachen. Dies ist im wesentlichen durch höhere Sterberaten an alkoholassoziierter Mortalität und an Kfz-Unfällen im Osten zu erklären.



Die höhere Sterblichkeit bei unter 65jährigen im Osten ist vor allem auf höheren Alkoholkonsum und auf mehr Verkehrsunfälle zurückzuführen.

13. In den sechziger Jahren lag die *Säuglingssterblichkeit* noch deutlich höher als in den meisten anderen Industrieländern. Bis 1995 gelang es, die Säuglingssterblichkeit stark zu senken, wodurch Deutschland in die Spitzengruppe der Industrieländer aufrücken konnte. Mit Ausnahme von Ost-Berlin und Sachsen liegt die Säuglingssterblichkeit im Osten etwas höher als im Westen. Der Anteil von Risikoschwangerschaften, die Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsor-

ge sowie der Anteil rauchender Mütter während der Schwangerschaft sind Gründe für diese Unterschiede.

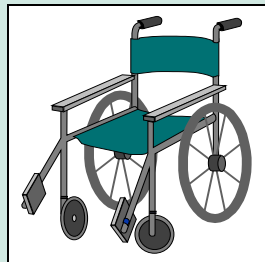
14. Die *Müttersterblichkeit* ist von 1960-1990 um 93% gesunken. Seither gehört Deutschland zu den Staaten mit der niedrigsten Müttersterblichkeit. 1995 starben noch 41 Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaft oder Geburt (5,4 Sterbefälle je 100 000 Lebendgeborene).

Individuelle Aspekte von Gesundheit

15. Knapp die Hälfte der zu ihrem *Gesundheitszustand* Befragten schätzen diesen als gut bis sehr gut ein. Mit zunehmendem Alter sinkt diese Quote auf ein Viertel (60-70-jährige). Über 40% derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bezeichnen, leiden unter Herz-Kreislaufkrankungen, etwa zwei Drittel unter Krankheiten des Bewegungsapparates. Unter den selbst berichteten Beschwerden dominieren Kreuz- und Rückenschmerzen mit 50%. Besser gestellte soziale Gruppen stufen ihren Gesundheitszustand allgemein auch besser ein.

Krankheitsfolgen

16. 10% der Bevölkerung sind von *Behinderungen* betroffen. 1995 waren 6,5 Mio. Schwerbehinderte registriert. Bei den körperlichen Behinderungen dominieren Behinderungen der Wirbelsäule, des Rumpfes und des Brustkorbs. 51% der Schwerbehinderten waren 1995 65 Jahre und älter.



Die Beschreibung der sozialen und ökonomischen Folgen von Krankheit und Behinderung gewinnt immer mehr an Bedeutung.

17. 1995 sind in der GKV je Pflichtmitglied im Durchschnitt 1,3 Fälle von *Arbeitsunfähigkeit* (AU) und 19,4 AU-Tage angefallen. Ein durchschnittlicher AU-Fall dauerte im Westen 15,3, im Osten 16,8 Kalendertage. Über die Hälfte der AU-Fälle dauert weniger als eine Woche. Die meisten AU-Tage verbuchen die Sektoren Verwaltung, Bau und Verkehr. Vorrangig wird Arbeitsunfähigkeit durch Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, Verletzungen und Vergiftungen, Krankheiten der Atmungsorgane, der Verdauungsorgane sowie Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems verursacht. 1995 wendeten die Betriebe 55 Mrd. DM allein für Lohnfortzahlungen auf.

18. Rund 200 000 Frühberentungen wurden 1995 im Westen positiv beschieden. Der Anteil der *Frühberentungen* infolge von Muskel- und Skeletterkrankungen, psychiatrischen Krankheiten sowie Neubildungen ist in den letzten Jahrzehnten gestiegen; der Anteil der Krankheiten des Kreislaufsystems hingegen ist stetig zurückgegangen. Die Zahl der arbeitsmarktinduzierten Frührenten hat sich ständig erhöht. Von 1980-1994 hat sich das jährliche Ausgabenvolumen für Frührenten im Westen nahezu verdoppelt (1980: 15 Mrd., 1994: 29 Mrd. DM).

19. Die *Pflegebedürftigkeit* nimmt aufgrund der demographischen Entwicklung zu. 1996 waren 2,1% der Bevölkerung regelmäßig pflegebedürftig; über 1,7 Mio. Menschen erhielten Leistungen der Pflegeversicherung. Davon lebten 74% in Privathaushalten, die übrigen in stationären Einrichtungen. In der häuslichen Pflege sind die

Hauptpflegepersonen zu 83% Frauen. In den letzten Jahren hat sich die Zahl der Pflegeeinrichtungen deutlich erhöht. 1996 boten über 6 000 Teil- bzw. Kurzzeitpflegeeinrichtungen und 11 000 ambulante Dienste Pflegeleistungen an. 1996 beliefen sich die Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung auf rund 20 Mrd. DM.

4 Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen

Gesundheitsbeeinflussende Lebensweisen

20. Im Rahmen einer Befragung gaben 40% der Personen an, stark bzw. sehr stark auf ihre Gesundheit zu achten. An



Als gesundheitsbewußt gilt, wer nicht raucht, übermäßigen Alkoholkonsum vermeidet, Sport treibt, auf ausgewogene Ernährung achtet und ausreichend schläft.

gesunder Ernährung sind im Westen 41% interessiert bis sehr interessiert. Mit dem Alter nimmt das Interesse an Ernährung zu. Knapp die Hälfte der Bevölkerung im Alter von 20-50 Jahren hält regelmäßigen Sport für nötig. Männer sind häufiger als Frauen sportlich aktiv. Bei der Mehrheit der Be-

völkerung führen *positive Gesundheitseinstellungen* nicht zu einem entsprechenden Gesundheitsverhalten. Nur 4% der Bevölkerung lebt konsequent gesundheitsbewußt.

21. Die *Ernährung* ist einer von vielen Einflußfaktoren auf das Krankheitsgeschehen, ihr genauer Beitrag ist aber noch ungeklärt. Sie wird im Zusammenhang mit zahlreichen Krankheiten diskutiert wie z.B. Diabetes mellitus, Gicht, Fettstoffwechselstörungen, Struma, Anämien, Karies, Osteoporose, Bluthochdruck, ischämische Herzkrankheiten, Erkrankungen der Hirn- und anderer Gefäße, bösartige Neubildun-

gen der Speiseröhre, der Leber, des Darmes, des Magens u.a. Organe. Ernährung ist individuell stark zu beeinflussen.

22. *Rauchen* gilt als das Risikoverhalten mit den deutlichsten Auswirkungen auf die Gesundheit. 1995 rauchten 22% der Frauen und 36% der Männer ab 15 Jahren. Während der Anteil der rauchenden Frauen ständig steigt, ist der Anteil der 20-24-jährigen männlichen Raucher von 56% im Jahr 1978 auf 40% im Jahr 1995 zurückgegangen. Der Anteil der besonders gesundheitsgefährdeten starken Raucher (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) liegt bei 6% für Männer und bei 2% für Frauen. Rauchen wird mit vielen Krankheiten in Verbindung gebracht. Vor allem Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems und der Atmungsorgane, Krebs, arteriosklerotische Gefäßerkrankungen, chronische Bronchitis und das Lungenemphysem werden diskutiert. Das Sterberisiko für Lungenkrebs ist für männliche Raucher 20mal, das für Kehlkopfkrebs 10mal höher als bei Nichtrauchern. Trotz aller Bemühungen scheint sich beim Rauchen eine erneute Trendwende abzuzeichnen. Insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene rauchen wieder häufiger als in den letzten Jahren. Spezifische Probleme zeichnen sich bei Frauen ab. Im mittleren Lebensalter beenden deutlich weniger Frauen als Männer das Rauchen.



Eines der wichtigsten Argumente gegen das Rauchen ist die Gesundheitsgefährdung.

23. *Alkoholkonsum* stellt neben dem Rauchen das Suchtproblem Nr. 1 dar. 1994 wurden pro Kopf 10,3 Liter reiner Alkohol als Bier, Spirituosen, Wein und Sekt konsumiert. Als auf Dauer gesundheitsgefährdend gilt bei Männern ein Verbrauch von über 40g reinen Alkohol pro Tag, bei Frauen von über 20g. 1995 lag der Konsum bei 16% der Männer und

10% der Frauen über diesen Werten. Ferner stand jeder sechste im Straßenverkehr Getötete unter Alkoholeinfluß. Alkoholabhängigkeit und Leberzirrhose werden im Zusammenhang mit erhöhtem Alkoholkonsum am häufigsten diskutiert. Zu wirksamen Mitteln der Verringerung des Alkoholkonsums zählen kontrollierter Alkoholverkauf, Preisregulation, Altersbegrenzungen beim Verkauf sowie die 0,0-Promillegrenze im Straßenverkehr.

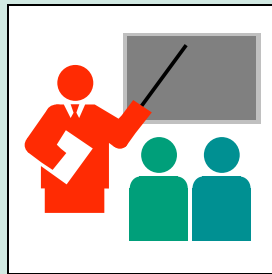
24. Mehr als 2 Mio. Menschen konsumieren weiche *Drogen* (Cannabis), 250 000-300 000 harte Drogen (Heroin, Kokain, Amphetamine). Schätzungsweise 100 000-150 000 der Konsumenten harter Drogen betreiben intravenösen Konsum. Die Zahl der Medikamentenabhängigen wird auf 1,4 Mio. geschätzt. Als besonders gesundheitsgefährdend gilt der intravenöse Konsum von Heroin. Die Zahl der erstmalig polizeilich erfaßten Konsumenten harter Drogen ist seit 1988 stark angestiegen und hat sich ab 1991 auf einem relativ hohen Niveau eingependelt. Die Zahl der Drogentoten ist nach dem Höchststand im Jahr 1991 (2 125 Tote) leicht rückläufig; 1995 wurden 1 565 Drogentote registriert. Infektions- und Geschlechtskrankheiten, Leberzirrhose, Niereninsuffizienz und Lungenentzündung, gynäkologisch-geburtshilfliche Probleme und suizidale Handlungen sind u.a. Folgen des Drogenkonsums. Drogenkonsumenten sind eine Risikogruppe für HIV-Infektionen. Bei AIDS-Patientinnen ist intravenöser Drogenkonsum bei 46% der Fälle bekannt. Folgende Trends sind erkennbar: Der Konsum von Kokain und synthetischen Drogen nimmt weiter zu. Von Substitutionsangeboten werden deutlich mehr Drogenabhängige als früher erreicht.

Risikomerkmale der sozialen Lage

25. Ende 1995 bezogen 1,28 Mio. Haushalte (im Westen 3 378 je 100 000 Einwohner, im Osten 1 775 je 100 000) lau-

fende Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (Sozialhilfeempfänger). Die Erkrankungshäufigkeit und die Sterblichkeit ist in den unteren sozialen Schichten besonders hoch. Sozialhilfeempfänger geben doppelt so häufig an, krank oder durch einen Unfall verletzt zu sein. Personen mit geringem *Einkommen* rauchen häufiger, bewegen sich vielfach weniger und sind häufiger übergewichtig als Personen mit höherem Einkommen. Umgekehrt steigen mit zunehmenden Haushaltseinkommen die Ausgaben für Selbstmedikation, Rezeptgebühren, Verbandstoffe, Brillen, Kontaktlinsen, Massagen und Zahnersatz.

26. Das *Bildungsniveau* ist seit den sechziger Jahren gemessen an den Schulabschlüssen stark angestiegen. Besuchten 1960 nur 15% das Gymnasium, so waren es 1990 bereits 31%. Geschlechtsspezifische Unterschiede sind mittlerweile kaum noch vorhanden. Je höher das Bildungsniveau, desto günstiger ist die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes. Auch gesundheitsförderndes Verhalten nimmt mit dem Bildungsstatus zu. Bei der Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen ist die höchste Nichtteilnahmerate in der Personengruppe mit dem niedrigsten Bildungsstatus zu finden. Bei der Zuckerkrankheit, bei Rheuma und beim Magengeschwür ergeben sich für die Männer mit niedrigem oder sehr niedrigem Bildungsstatus deutlich höhere Erkrankungsraten.

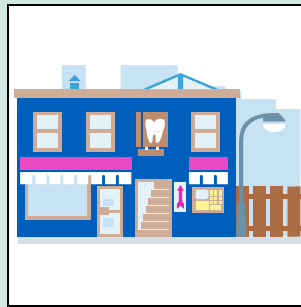


Unter den drei wichtigsten Merkmalen zur Charakterisierung der sozialen Stellung einer Person – Einkommen, Bildung und Beruf – kommt dem Bildungsstatus bei gesundheitsbezogenen Untersuchungen ein besonderes Gewicht zu.

Bei der Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen ist die höchste Nichtteilnahmerate in der Personengruppe mit dem niedrigsten Bildungsstatus zu finden. Bei der Zuckerkrankheit, bei Rheuma und beim Magengeschwür ergeben sich für die Männer mit niedrigem oder sehr niedrigem Bildungsstatus deutlich höhere Erkrankungsraten.

27. Wohlbefinden und Gesundheit können durch die *Wohnsituation* beeinträchtigt werden. So ist es für viele Menschen schwer, eine bedarfsgerechte Wohnung zu finden. Probleme können durch unverhältnismäßig hohe Wohnkosten

und durch die Wohnung selbst (Mängel der baulichen Qualität, Größe, Ausstattung und Lage) entstehen. Besonders betroffen sind Haushalte mit vielen Kindern, alleinlebenden Frauen, Alleinerziehenden und Nicht-Erwerbstätigen. 12% der Haushalte verfügen über weniger Räume als Personen, die zum Haushalt gehören. Mehr als 20% aller Haushalte leben in Wohnungen, die dauernd durch Verkehrslärm belastet sind. Weitere häufige Belastungen sind Gerüche und Abgase, Schimmelpilze, Staub, Bakterien und Milbenkot oder



Die Wohnsituation übt einen entscheidenden Einfluß auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung aus.

Ausdünstungen aus problematischen Baumitteln. Als Folge mangelhafter Wohnbedingungen treten gehäuft Atemwegserkrankungen, Herz-Kreislauf-erkrankungen, Infektionen und allergische Reaktionen auf bzw. sie nehmen einen schwerwiegenden Verlauf. Ein weiteres Problem sind nicht

altengerechte Wohnungen, die zu Stürzen führen und insgesamt ein höheres Unfallrisiko für alte Menschen darstellen. Ca. 30 000-50 000 Personen leben auf der Straße, bei massiver Gefährdung ihrer Gesundheit.

28. 1997 waren 14% der abhängigen *Erwerbspersonen* arbeitslos gemeldet. Der Anteil der Langzeitarbeitslosen betrug rund ein Drittel. Der Anteil Arbeitsloser mit gesundheitlichen Einschränkungen und Beschwerden steigt. Arbeitslose zeigen eine geringere Gesundheitszufriedenheit, ein riskanteres Gesundheitsverhalten sowie einen höheren Medikamentenverbrauch, häufigere Arztbesuche, häufigere Krankenhausaufenthalte. Bestimmte Krankheitsbilder wie z.B. Magen- und Darmgeschwüre, Magenschleimhautentzündungen, seelische Erkrankungen treten bei Arbeitslosen häufiger auf.

29. Physische, psychische und sexuelle *Gewalt* kann zu bedeutsamen körperlichen und seelischen Folgen für die Betroffenen führen. 1995 verstarben 2 337 Personen als Folge von vollendetem Mord und Totschlag, 585 infolge von Körperverletzung mit Todesfolge. Seit 1988 steigt allgemein die Gewaltkriminalität leicht an. Gewalt in der Familie gilt als die verbreitetste Form. Für 1995 sind 1 876 Fälle von Kindesmißhandlungen mit 2 094 Opfern bekannt. Etwa 40% der Opfer waren jünger als 6 Jahre. Im gleichen Jahr wurden 5 053 Jungen und 15 612 Mädchen unter 14 Jahren sexuell mißbraucht. 6 224 außereheliche Vergewaltigungen wurden registriert. Schätzungen gehen davon aus, daß nur etwa jede 20. sexuelle Straftat angezeigt wird. In unteren sozialen Schichten sowie unter Alkoholeinfluß ist das Risiko der Gewalt gegen Frauen erhöht. Auch ältere Menschen sind der Gewalt ausgesetzt. 1991 wurden ca. 340 000 ältere Menschen Opfer von Gewalt durch ihnen nahestehende Personen.

Risikomerkmale der Umwelt

30. Bei *unerwünschten Stoffen in der Nahrung und im Trinkwasser* kann es sich um sehr unterschiedliche Stoffe wie etwa Mikroorganismen, Stoffen aus Wasser, Boden und Luft, Hilfsstoffen zur Lebensmittelerzeugung oder Tierarzneimitteln handeln. Diese können – in Abhängigkeit von der Wirksamkeit langfristig zugeführter, auch kleinster Mengen – zu einer Gesundheitsgefährdung führen. Erkrankungen in diesem Zusammenhang sind u.a. infektiöse Magen-Darm-Erkrankungen, parasitäre Erkrankungen, BSE, bösartige Neubildungen, allergische Erkrankungen und Schädigungen des Immunsystems.

31. In den letzten Jahren wurden die Grenzwerte für Schwefeldioxid (SO₂), Stickstoffdioxid (NO₂) und Schwebstaub an keiner Meßstation überschritten. Kurzzeitige Anstiege von Staubkonzentrationen um 100 µg/m³ können bei Risikogrup-

pen wie alten und kranken Personen zu einer erhöhten Sterblichkeit führen. Diese Konzentrationen ließen sich an über 200 Meßstellen ausmachen. Bei Kindern sind in stark belasteten Regionen vermehrt Bronchitis und Pneumonie

sowie pfeifende Atemgeräusche und Husten nachweisbar. Unter andauernder körperlicher Belastung können erhöhte Ozonkonzentrationen die Lungenfunktion einschränken. Das Risiko, unter dem Einfluß von Dieselruß, PAK und Benzol an Krebs zu sterben, ist leicht erhöht. Dieselruß besitzt von allen Luftschadstoffen das größte gesundheitliche Gefähr-

dungspotential. Ansatzpunkte für die Verbesserung der *Außenluft* liegen primär in der Begrenzung des Schadstoffausstoßes im Straßenverkehr.

32. In dichtbesiedelten Industrieregionen sind mehr Menschen von *Lärm* als durch irgend eine andere Umweltbelastung betroffen. 16% der Bevölkerung sind einem Mittelungspegel von über 65 dB(A) ausgesetzt. Etwa jeder fünfte Bürger im Westen, jeder Dritte im Osten, fühlt sich durch den Straßenverkehr stark belastigt. Durch Fluglärm, die zweitwichtigste Lärmquelle, fühlten sich im Westen in den letzten zehn Jahren 10-20% der Bevölkerung belastigt. Lärm kann Streßreaktionen hervorrufen, wodurch das Risiko für einen Herzinfarkt erhöht wird. Vergleicht man die aus dem verkehrslärmbedingten Herzinfarktrisiko abzuleitende Sterblichkeit mit der Sterblichkeit an Krebs, die auf Kfz-Abgase zurückzuführen ist, so scheint danach der Verkehrslärm erheblich gesundheitsschädlicher zu sein als Kfz-Abgase.

Risikomerkmale der Arbeitswelt, der Freizeit und des Verkehrs

33. Bei den *Belastungen aus der Arbeitswelt* wird zwischen Umgebungs- (z.B. Lärm, Dämpfe, Hitze), körperlichen (z.B. schwere Lasten heben, einseitige Muskelbelastungen) und psychischen Belastungen (z.B. Monotonie, Zeitdruck, Vorgesetztenverhalten) unterschieden. Im Zeitverlauf läßt sich ein Belastungsstrukturwandel von körperlichen zu psychischen Belastungen feststellen. Für den Zeitraum 1985-1991 ist jedoch neben der Zunahme psychischer auch wieder ein Ansteigen körperlicher Belastungen aufzeigbar.

34. 1995 wurden ca. 90 000 Fälle von *Berufskrankheiten* angezeigt, ca. 7 500 anerkannt. Bei jedem vierten Fall handelte es sich um eine Krebserkrankung. Bis 1990 betrafen die Todesfälle infolge einer Berufskrankheit im wesentlichen Silikose und Asbesterkkrankungen. Ab 1991 gewinnen ionisierende Strahlen als Ursache tödlich verlaufender Berufskrankheiten an Bedeutung. Für die Verhütung von Berufskrankheiten wurden 1995 ca. 400 Mio. DM aufgewendet.

35. 1995 wurden 1,8 Mio. *meldepflichtige Arbeitsunfälle* registriert. 78% dieser Arbeitsunfälle entfielen auf die gewerbliche Wirtschaft. Die meldepflichtigen Arbeitsunfälle je 1 000 Vollarbeiter sind seit 1980 rückläufig. In der gesetzlichen Unfallversicherung wurden 1995 ca. 1,26 Mrd. DM für Unfallverhütung und Erste Hilfe aufgewendet, etwa dreimal so viel wie 1980.

36. Die Hälfte des gesamten Unfallgeschehens konzentriert sich auf *Unfälle in Haushalt und Freizeit* (rund 4,8 Mio. verletzte Menschen); 80% davon sind auf menschliches Fehlverhalten zurückzuführen. 1995 verstarben insgesamt 13 522 Personen an solchen Unfällen. Kinder und ältere Personen stellen besondere Risikogruppen für Haus- und Freizeitunfälle dar. Frauen sind von Unfällen im häuslichen Bereich stärker betroffen als Männer. Bei Sport- und Freizeitunfällen ist das Verhältnis umgekehrt. Sie enden selten tödlich. Stürze sind Hauptursache für Verletzungen und Todesfälle im Haus- und Freizeitbereich (Männer 52%, Frauen 63%).

37. 1995 wurden 2,23 Mio. *Straßenverkehrsunfälle* polizeilich erfaßt. Durch sie wurden 512 141 Menschen verletzt, davon 24% schwer. 9 454 Menschen kamen bei Verkehrsun-

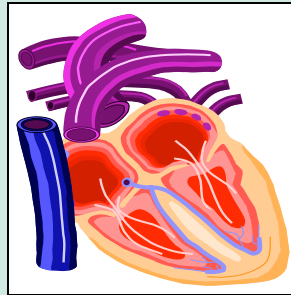
fällen ums Leben. Im Vergleich zu 1970 ging die Zahl der Verletzten im Westen um 23%, die der Verkehrstoten um zwei Drittel zurück. Im Osten ist seit der Wiedervereinigung ein Anstieg der Verkehrsunfälle um 52% zu verzeichnen. Der größte Teil der Verkehrsunfälle mit Personenschäden ereignet sich innerhalb geschlossener Ortschaften. Nur 10% aller Todesfälle waren 1995 auf Un-

fälle auf Autobahnen zurückzuführen. Die Hauptursachen liegen in unangepaßter Geschwindigkeit und Vorfahrtsmißachtung. 1995 waren 5% der Beteiligten an Unfällen mit Personenschaden alkoholisiert. Jüngere (18-24jährige) und ältere (65jährige und ältere) Verkehrsteilnehmer besitzen ein höheres Unfallrisiko.

5 Krankheiten

Herz- und Kreislauf-Erkrankungen

38. 1995 starben insgesamt 87 739 Personen (Frauenanteil 44%) an *akutem Herzinfarkt*. 14% der stationär wegen akutem Herzinfarkt behandelten Patienten verstarben im Krankenhaus. Im Osten lag die Sterblichkeit um über 30% höher als im Westen. Die Behandlung akuter Herzinfarkte verursachte 1994 direkte Kosten von etwa 5,7 Mrd. DM als Güter- und Leistungsverzehr durch Prävention, Behandlung und Pflege in den jeweiligen Einrichtungen.



Das Herz, ein muskulöses Hohlorgan, sorgt als Druck- und Saugpumpe für die Bewegung des Blutes im menschlichen Organismus.

39. Jährlich erleiden ca. 500 000 Menschen einen *Schlaganfall*, etwa 100 000 Personen starben 1995 daran. Wegen der höheren Lebenserwartung erkranken mehr Frauen als Männer. Seit den sechziger Jahren ist die Sterblichkeit rückläufig. Im Osten lag sie 1995 um über 40% höher als im Westen. Risikofaktoren sind Bluthochdruck, starker Tabak- und Alkoholkonsum sowie Diabetes mellitus. Für 1994 werden die Ausgaben für die Behandlung von zerebrovaskulären Erkrankungen, zu denen auch der Schlaganfall zählt, auf 12,2 Mrd. DM geschätzt.

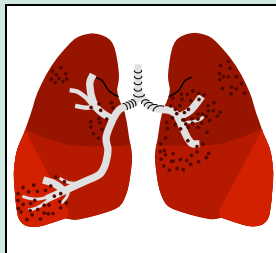
40. Bei der *peripheren arteriellen Verschlusskrankheit* sind in rund 90% der Fälle die Beine betroffen. Ein typisches Beispiel dieser Krankheit ist das „Raucherbein“. Die periphere Verschlusskrankheit ist in erster Linie eine Alterskrankheit. Mit der prognostizierten Zunahme der älteren Bevölkerung ist mit einem weiteren Anstieg dieser Krankheit zu rechnen. Ca. 3,3 Mio. Menschen sind betroffen (4% der Be-

völkerung). Etwa 60% der Betroffenen sind Männer. Die wesentlichen Risikofaktoren sind Diabetes mellitus, Rauchen sowie Übergewicht und Bluthochdruck. Die direkten Kosten betrugen 1994 schätzungsweise 4,4 Mrd. DM.

Bösartige Neubildungen

41. *Brustkrebs* ist die häufigste Krebstodesursache bei Frauen. 1995 verstarben 18 674 Frauen an dieser Krankheit (4% aller weiblichen Sterbefälle). Es wird pro Jahr von ca. 43 000 Neuerkrankungen ausgegangen. Die 1-Jahres-Überlebensrate liegt bei 91%, die 5-Jahres-Überlebensrate bei 69%. 1995 wurden 4 755 Frühberentungsfälle wegen Brustkrebs registriert. Neben genetischer Veranlagung gelten Kinderlosigkeit, hohe Gewebedichte der Brust, regelmäßig erhöhter Alkoholkonsum sowie Umweltbelastungen (Polychlorierte Biphenyle [PCB], ionisierende Strahlen) als risikohörende Faktoren. Der Früherkennung kommt hinsichtlich der Heilungsaussichten besondere Bedeutung zu. An direkten Kosten wurden 1994 2,1 Mrd. DM aufgewendet.

42. 1995 verstarben 28 887 Männer und 8 260 Frauen an *Lungenkrebs*. Die Lebenserwartung eines an Lungenkrebs erkrankten Menschen ist gering (1-Jahres-Überlebensrate: 27%, 5-Jahres-Überlebensrate: 7%). Es versterben nach wie vor mehr Männer als Frauen, wenngleich die Sterblichkeit



Lungenkrebs steht mittlerweile als Krebstodesursache bei den Männern an erster und bei den Frauen an dritter Stelle.

bei Männern zurückgeht und bei Frauen stetig ansteigt. Lungenkrebs ist die häufigste Krebstodesursache bei Männern und die mittlerweile dritthäufigste bei Frauen. Lungenkrebs tritt in den meisten Fällen ab dem 50. Lebensjahr auf. Es ist

jährlich von rund 30 000 Neuerkrankungen bei Männern und 8 300 bei Frauen auszugehen. Bei Rauchern ist allgemein von einem 10fach, bei starken Rauchern (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) sogar von einem 20fach erhöhten Risiko gegenüber Nichtrauchern auszugehen. Auch Passivrauchen gilt mittlerweile als gesicherter Risikofaktor. 85% aller Lungenkrebsfälle werden auf das Rauchen zurückgeführt. Ferner werden berufsbedingte Risiken (Schadstoffe: Asbest, Nickel, Chrom, Cadmium oder Radon), Luftschadstoffe und einseitige Ernährung als mögliche Risiken diskutiert. Die direkten Kosten werden für 1994 auf 1,4 Mrd. DM veranschlagt.

43. Weltweit ist *Gebärmutterkrebs* (Krebs der Gebärmutter und des Gebärmutterhalses) die zweithäufigste Krebserkrankung bei Frauen. 1995 verstarben 2 207 Frauen am Gebärmutterkrebs. Dies entsprach rund 2% aller Krebssterbefälle bei Frauen. Die Sterblichkeit nimmt mit dem Alter zu und ist zwischen 50 und 74 Jahren doppelt so hoch wie in jüngeren Jahren. Im Anfangsstadium liegt die 5-Jahres-Überlebensrate bei 85%, im fortgeschrittenen Stadium bei 70%. Es wird geschätzt, daß ca. 6 200 Frauen jährlich an Gebärmutterkrebs erkranken. Als Risikofaktor gilt der Humane-Papillom-Virus. Frauen mit erstem Geschlechtsverkehr vor dem 16. Lebensjahr, mit vielen Sexualpartnern oder aber mit mehr als vier Geburten tragen ein erhöhtes Risiko. Studien zeigen, daß durch die Einführung der Früherkennungsprogramme und die daraus resultierende frühere Diagnose die Sterblichkeit an Gebärmutterkrebs erheblich gesenkt werden konnte.

44. Bei 30% aller Männer über 70 Jahren wird ein latenter *Prostatakrebs* vermutet. 1995 verstarben 11 868 Männer an Prostatakrebs. Mit 11% an allen Krebssterbefällen war der Prostatakrebs nach Lungenkrebs die zweithäufigste Krebsursache bei Männern. Prostatakrebs tritt in den meisten Fällen ab dem 60. Lebensjahr auf. Es werden 25 000 Neuerkrankungen pro Jahr geschätzt. Als Risikofaktoren werden genetische Disposition, erhöhte sexuelle Aktivität und fett-

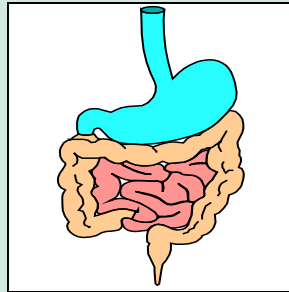
reiche Ernährung diskutiert. Ab dem 45. Lebensjahr ist die regelmäßige Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung angeraten. Bei einer rechtzeitigen Diagnose ist mit guten Überlebenschancen zu rechnen. Die direkten Kosten werden für 1994 auf 990 Mio. DM geschätzt.

45. 1995 verstarben 21 232 Personen (8 955 Männer und 12 277 Frauen) an *Dickdarmkrebs* und 9 089 Personen (4 400

Männer und 4 689 Frauen) an *Mastdarmkrebs*.

Der Dickdarmkrebs ist bei Männern die dritt- und bei Frauen die zweithäufigste, der Mastdarmkrebs bei Männern die sechst- und bei Frauen die siebthäufigste Krebstodesursache. Das mittlere Erkrankungsalter für diese Krebserkrankungen

liegt bei 70 Jahren. Pro Jahr werden etwa 23 000 Neuerkrankungen bei Männern und etwa 29 000 bei Frauen geschätzt. Die 1-Jahres-Überlebensrate beträgt für den Dickdarmkrebs 62%, die 5-Jahres-Überlebensrate 34%. Ernährung, geringe körperliche Aktivität, übermäßiger Alkoholkonsum, Entzündungen des Darmes (Colitis) und genetische Disposition gelten als Risikofaktoren. Mit den gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen ließe sich diese Sterblichkeit senken. Die direkten Kosten colorektaler Karzinome betrugen 1994 rund 2,2 Mrd. DM.



Dickdarm- und Mastdarmkrebs sind häufige Krebstodesursachen, die sich bei konsequenter Früherkennung deutlich senken ließen.

Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes

46. Bei der *Arthrose* handelt es sich um eine degenerative Gelenkerkrankung, bei der im wesentlichen Hüft- und Kniegelenke sowie die Wirbelsäule betroffen sind. Es ist von ca.

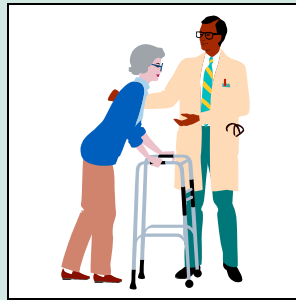
5 Mio. Menschen mit Beschwerden durch Arthrose auszugehen (6% der Bevölkerung). Die Krankheitshäufigkeit nimmt mit dem Alter zu, Frauen sind häufiger betroffen als Männer. 1993 entfielen ca. 188 000 AU-Fälle und knapp 8,0 Mio. AU-Tage (2% der AU-Tage der GKV) auf Arthrosen. Ferner verursachten Arthrosen 1995 18 154 Frühberentungen (6% aller Erwerbsunfähigkeitsrenten). Als Risikofaktoren sind Übergewicht sowie Gelenkverletzungen bzw. regelmäßige Gelenkbelastung zu nennen. Wichtigste präventive Maßnahme ist die Hüftuntersuchung von Neugeborenen im Rahmen des Früherkennungsprogramms bei Kindern. Arthrosen verursachten 1994 direkte Kosten von rund 10,6 Mrd. DM.

47. Dorsopathien (gemeinhin auch als Rückenschmerzen bezeichnet) sind eine Gruppe von Krankheiten, die Knochen, Gelenke, Bindegewebe, Muskeln und Nerven des Rückens betreffen. In Umfragen gaben bis zu 70% aller Befragten an, im letzten Jahr Rückenschmerzen gehabt zu haben; Frauen häufiger als Männer. 1993 entfielen auf Krankheiten der Wirbelsäule 3,7 Mio. AU-Fälle mit 75,5 Mio. AU-Tagen. Damit sind rund 15% aller AU-Tage auf Rückenprobleme zurückzuführen. 1995 lag der Anteil an den Frühberentungen bei 18%. Arbeiter sind von Frühberentungen bedeutend häufiger betroffen als Angestellte. Als Risikofaktoren gelten genetische Veranlagung und soziale Lage. Beruflich schlechter ausgebildete Personen sind bedeutend häufiger von Rückenbeschwerden betroffen, da sie öfter körperlich schwere Arbeiten leisten müssen. Auch seelische Konflikte werden als Auslöser angesehen.

Für 1994 sind ca. 20,2 Mrd. DM an direkten Kosten zu veranschlagen.

48. Bei der *Osteoporose* (Knochenschwund) ist die Knochenmasse und damit die Bruchfestigkeit der Knochen vermindert. Ältere Menschen, insbesondere Frauen, sind durch Oberschenkelhalsbrüche gefährdet, die zu Pflegebedürftig-

keit führen und die weitere Lebenserwartung erheblich senken können. Seit 1991 ist die Sterblichkeit an Schenkelhalsbrüchen rückläufig. 1995 verstarben noch 5 124 Menschen. Als möglicher Schutz vor Knochenschwund im Alter gelten gesunde ausgewogene Ernährung und regelmäßige



Von Oberschenkelhalsbrüchen – häufig durch Osteoporose hervorgerufen – sind vorwiegend ältere Frauen betroffen.

ge Bewegung. Die direkten Kosten werden für 1994 auf 3,7 Mrd. DM geschätzt.

Psychiatrische Krankheiten und Krankheiten des Nervensystems

49. Symptomatisch für die *Altersdemenz* sind unpräzises Denken, Vergeßlichkeit, Einschränkung bzw. Versagen des sprachlichen Vermögens und Orientierungsstörungen oftmals gekoppelt mit Antriebsschwäche und depressiven Verstimmungen. Die soziale Integrationsfähigkeit und die Fähigkeit, sich selbst zu versorgen, gehen verloren. Die Verbreitung der Demenz in der Bevölkerung kann nur geschätzt werden. Demnach sind 5-6% der über 65jährigen (1995: rund 700 000 Betroffene) von einer mittelschweren bis schweren Demenz betroffen. Die Betroffenheit steigt mit dem Alter stark an. Bei den über 90jährigen wird ein Anteil von 40% geschätzt. Mit der Zunahme an alten und hochbetagten Men-

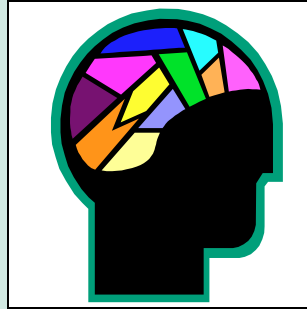
schen in den nächsten Jahrzehnten ist von einem bedeutenden Anstieg der Pflegebedürftigkeit als Folge der Zunahme dementer Menschen auszugehen. Die direkten Kosten werden für 1994 auf knapp 6,3 Mrd. DM beziffert.

50. Für die *Schizophrenie* sind Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und des Affektes bei sonst klarem Bewußtsein charakteristisch. Es wird von jährlich 10-20 Neuerkrankungen je 100 000 Ein-

wohner ausgegangen. Genaue Angaben zu Betroffenen liegen nicht vor. Die Erkrankung kann auch noch nach dem 40. Lebensjahr ausbrechen, bei Späterkrankten handelt es sich jedoch vorwiegend um Frauen. An Schizophrenie erkrankte Personen besitzen über die gesamte Lebenszeit ein

um 10% erhöhtes Selbsttötungsrisiko gegenüber Nichterkrankten. Das Sterberisiko gegenüber der Allgemeinbevölkerung ist um das zwei- bis dreifache erhöht. Hinsichtlich der Verbreitung ist eine Häufung in städtischen Ballungsgebieten zu beobachten. Weitere Risikofaktoren sind genetische Veranlagung, niedrige soziale Schicht und soziale Isolation. Die direkten Kosten werden für 1994 auf 6,9 Mrd. DM geschätzt.

51. *Depressionen* äußern sich durch Verstimmung, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit. In Abhängigkeit von Dauer, Intensität und Häufigkeit des Auftretens handelt es sich um eine behandlungsbedürftige Erkrankung. Ca. 6% der Bevölkerung leidet an Depressionen. Frauen erkranken mehr als doppelt so häufig wie Männer. 1993 waren 282 000 AU-Fälle mit 10,9 Mio. AU-Tagen (2,2% aller AU-Tage) auf depressive Erkrankungen zurückzuführen. 18 629 Frühberentungen



Schizophrenieerkrankte leiden unter Störungen des Denkens und der Wahrnehmung bei sonst klarem Bewußtsein. Ihr Selbsttötungsrisiko ist deutlich erhöht.

(7 146 Männer und 11 483 Frauen) wurden 1995 als Folge depressiver Erkrankungen registriert. Dies entsprach 6% aller Frühberentungen. Als Risikofaktoren für depressive Erkrankungen gelten Angst- und Suchterkrankungen, schwere Persönlichkeitsstörungen, aber auch Trennung, Arbeitslosigkeit und finanzielle Not sowie genetische Veranlagung. Depressiv Erkrankte haben ein erhöhtes Selbsttötungsrisiko. Es wird geschätzt, daß sich 3-4% der Erkrankten im weiteren Verlauf das Leben nehmen. Die stationäre Behandlung (1995: rund 159 000 Fälle) kostet jährlich etwa 2 Mrd. DM.

52. 1995 starben 12 888 Menschen durch *Suizid*. 72% der Suizidtoten waren Männer. Suizidversuche werden offiziell nicht registriert. Aus Studien leitet man ein Verhältnis von Suizid zu Suizidversuch bei Männern von 1 : 3, bei Frauen von 1 : 12 ab. Insgesamt ist die Suizidrate rückläufig. Zu den Risikogruppen zählen insbesondere chronisch Kranke mit geringer bzw. fehlender Heilungsaussicht. Auch finanzielle und soziale Probleme bilden hohe Risiken. Die jährlichen direkten Kosten von Suizidversuchen werden auf bis zu 200 Mio. DM geschätzt.

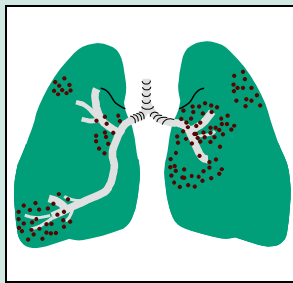
Krankheiten der Atmungsorgane

53. *Asthma* ist eine chronische entzündliche Erkrankung der Atemwege. Wegen ihr gingen 1995 etwa 2,6 Mio. Arbeitstage durch Arbeitsunfähigkeit verloren; knapp 67 000 Fälle waren im Krankenhaus zu behandeln. 5 546 Menschen verstarben an Asthma. 3 019 Asthmatiker wurden 1995 wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vorzeitig berentet. Studien zeigen, daß im Westen deutlich mehr Menschen von Asthma betroffen sind als im Osten. Die wichtigsten Auslöser des allergischen Asthmas sind Hausstaubmilben, Pilzsporen, Tierepithelien, bestimmte Stoffe am Arbeitsplatz sowie genetische Faktoren. Etwa die Hälfte aller asthmatischen Erkrankungen sind vermeidbar, wenn das vorhandene Wissen

über Risikofaktoren umgesetzt wird. Die direkten Kosten betrugen 1994 knapp 2,1 Mrd. DM.

54. Die *chronische Bronchitis* ist eine Erkrankung, die durch übermäßige Schleimproduktion in den Bronchien gekennzeichnet ist. Es kommt zu andauerndem oder immer wieder auftretendem Husten. 10-30% der erwachsenen Bevölkerung zeigen bronchitische Symptome. Mehr als 3 Mio. AU-Fälle mit rund 30 Mio. AU-Tagen waren 1993 die Folge chronischer Bronchitis. Männer als häufigere Raucher sind auch häufiger von chronischer Bronchitis betroffen als Frauen. 1995 wurden 9 865 Personen wegen Asthma vorzeitig berentet. Das durchschnittliche Rentenalter bewegte sich zwischen 52 und 55 Jahren. Die chronische Bronchitis spielt wegen ihrer Häufigkeit und ihren Folgekrankheiten eine große volkswirtschaftliche Rolle. Dies gilt um so mehr, als es sich um eine typische Raucherkrankheit handelt, die größtenteils vermeidbar ist. Die direkten Kosten werden für 1994 auf etwa 3,3 Mrd. DM geschätzt.

55. *Lungenentzündungen* werden durch Ansteckung im Alltag erworben (350 000-500 000 Fälle pro Jahr). Daneben spielt die Ansteckung im Krankenhaus (nosokomiale Pneumonie) insbesondere bei lebensbedrohlichen Erkrankungen mit jährlich 100 000-150 000 Fällen eine wichtige Rolle. 1995 starben 17 826 Menschen an Lungenentzündung (43% Männer, 57% Frauen). 1993 waren mehr als 2,8 Mio. AU-Tage und 1995 rund 174 000 Krankenhausbehandlungen zu verzeichnen. Für die Prävention der Lungenentzündung ist ab dem 60. Lebensjahr die jährliche Gripeschutzimpfung bedeutsam. Daneben



Ob sich bei einem Kontakt mit einem potentiellen Pneumonie-Erreger eine Lungenentzündung entwickelt, hängt im wesentlichen von der Leistungsfähigkeit des Abwehrsystems und der Aggressivität der Erreger ab.

bedarf es zur Vermeidung von Krankenhausinfektionen qualitätssichernder Maßnahmen. An direkten Kosten wurden 1994 ca. 2,3 Mrd. DM aufgewendet.

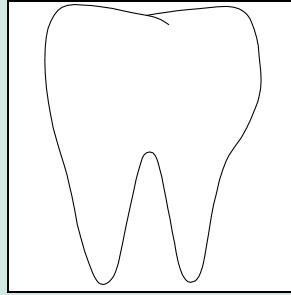
Endokrinopathien

56. Es wird *Diabetes mellitus* Typ I und Typ II unterschieden. Bei Typ I, bei Personen bis zu 40 Jahren die häufigste Form, ist eine Fehlfunktion der Bauchspeicheldrüse die Ursache. Es wird geschätzt, daß derzeit fast 4 Mio. Menschen von Diabetes mellitus betroffen sind. 93-95% aller Diabetiker sind Typ II zuzurechnen, einer typischen Alterskrankheit. Durch die Notwendigkeit einer jahrelangen Behandlung und nicht selten durch schwerwiegende Folgen wie z.B. Beinamputation, Herzinfarkt, Nierenversagen oder Erblindung verursacht Diabetes mellitus großes individuelles Leid und erhebliche gesellschaftliche Kosten. Für 1994 werden die Behandlungskosten auf 6,1 Mrd. DM geschätzt. Beim Typ II steht zwar eine erbliche Veranlagung im Vordergrund, doch auch Übergewicht und Bewegungsmangel spielen für seine Entstehung eine große Rolle. Für die Erkrankung nach Typ I scheinen immunologische Prozesse eine bedeutsame Rolle zu spielen. Fehlernährung, Bewegungsmangel und möglicherweise frühe Kuhmilchernährung im Säuglingsalter begünstigen seine Entstehung. Folgekrankheiten des Diabetes sind in hohem Maß vermeidbar.

Krankheiten der Verdauungsorgane

57. *Karies* beginnt mit einem oberflächlichen Mineralverlust des Zahnschmelzes und später des Zahnbeins. *Parodontopathien* werden durch Abbauprodukte aus der Plaque hervorgerufen. Karies kann vor allem bei Kindern schnell voranschreiten. Parodontitis setzt in der Mehrzahl der Fälle

spät ein und ist jahrzehntelang nur mäßig schädigend. Mehr als 99% der Erwachsenen sind an Karies und/oder Parodontitis erkrankt. Bei den 13/14jährigen waren 1989 im Westen durchschnittlich 5,1 und 1992 im Osten 4,3 Zähne kariös, gefüllt oder fehlend. Bei den 35-54jährigen waren es 1989 im Westen im Durchschnitt 17,5 Zähne, im Osten 1992 14,5 Zähne. Schwere Parodontitis bei den 35-54jährigen wurde



Die Zahngesundheit lässt sich durch Mundhygiene und Ernährung wirksam beeinflussen.

in dieser Untersuchung bei 17% der Untersuchten im Westen und bei 25% der Untersuchten im Osten festgestellt. Allein die gesetzlichen Krankenkassen gaben 1995 für Zahnersatz und zahnärztliche Behandlung 21,2 Mrd. DM aus, rund 10% ihrer gesamten Leistungsausgaben.

58. Die *chronischen Leberkrankheiten* umfassen eine Vielzahl krankhafter Leberveränderungen. 80% der Fälle entstehen infolge übermäßigen Alkoholkonsums. Die zweithäufigste Ursache sind chronische Virusinfektionen mit ihren Folgeerscheinungen, insbesondere Hepatitis C. An alkoholbedingter Leberkrankheit leiden rund 2,0-3,2 Mio. Menschen (80% Männer). Der Prävention von alkoholbedingten Lebererkrankungen dienen alle Maßnahmen, die zu einer Reduzierung von Alkoholmißbrauch führen. Die direkten Kosten werden für 1994 auf etwa 1,9 Mrd. DM geschätzt.

Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane

59. *Chronische Niereninsuffizienz* ist durch die unzureichende Fähigkeit beider Nieren gekennzeichnet, die harnpflichtigen Stoffwechselprodukte (Harnstoff, Kreatinin, Harn-

säure) auszuscheiden. Sie ist meist die Endstrecke eines langen Leidens mit unmittelbar drohendem Tod, wenn nicht lebensverlängernde Behandlungsmethoden wie die Dialyse und die Nierentransplantation möglich wären. Jährlich wird bei derzeit etwa 12 600 Patienten die Dialysebehandlung begonnen. 1996 wurden in 42 Nierentransplantations-Zentren 2 016 Nierenübertragungen vorgenommen. Ende 1996 standen 9 940 Patienten auf Wartelisten für eine Nierentransplantation. Die Zahl der Erkrankten nimmt durch die steigende Einbeziehung alter, mehrfachkranker, insbesondere diabetischer Patienten in die Nierenersatztherapie sowie steigende Überlebenszeiten laufend zu. Die Behandlung ist aufwendig und kostenintensiv. Die direkten Kosten allein von chronischem Nierenversagen betrugen 1994 rund 3 Mrd. DM.

Allergien

60. Es gibt ein sehr breites Spektrum von *Allergien*. Die wichtigsten allergischen Krankheiten, die sich an der Haut äußern, sind die Neurodermitis, die Nesselsucht und Arzneimittelexantheme. Sie verursachen Hautausschläge mit quälendem Juckreiz. Allergien der Atemwege lösen als häufigste Erkrankungen allergisches Asthma und Heuschnupfen aus. Symptome des Heuschnupfens sind Schnupfen, verengte Nasenatmung, Augenjucken und Niesanfälle. Darüber hinaus können allergische Erkrankungen sich auch an anderen Organen, wie der Mundschleimhaut, dem Magen-Darm-Kanal, den Gelenken oder den Nieren zeigen. Epidemiologische Studien legen nahe, daß allergische Erkrankungen innerhalb weniger Jahrzehnte zugenommen haben. Häufigere Beobachtungen könnten z.T. aber auch durch den gestiegenen Wissensstand, verbesserte Diagnostik und vermehrtes Interesse der Gesellschaft an Allergien erklärt werden. Allergien haben einen wesentlichen Anteil an den Berufskrankheiten (1995: 31% der angezeigten Berufskrankheiten). Das

Kontaktekzem ist nach der Lärmschwerhörigkeit die am häufigsten anerkannte Berufskrankheit. Beim Auftreten von Allergien wirken genetische Faktoren und Umwelteinflüsse ursächlich zusammen. Auch das Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft, frühkindliche Infektionen und psychosoziale Faktoren werden mit dem Auftreten von Allergien in Verbindung gebracht. Im Unterschied zu vielen anderen Krankheiten werden Allergien bei Personen mit höherem Bildungsstand häufiger beobachtet. 1993 wurden vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften 460 Mio. DM für die medizinische und berufliche Rehabilitation von allergischen Krankheiten sowie für Rentenzahlungen ausgegeben, das entsprach 23% der gesamten Ausgaben für Berufskrankheiten.

Infektionskrankheiten

61. Als *AIDS* wird eine Gruppe von Krankheiten bezeichnet, die charakteristisch für das Endstadium der chronisch verlaufenden Infektion mit dem HIV-Virus ist. Als Folge der fortschreitenden Zerstörung des Immunsystems können im Verlauf der AIDS-Erkrankung eine Reihe von Krankheiten wie z.B. Lungenentzündungen, entzündlicher Befall der Speiseröhre durch Hefepilze, Abszesse im Gehirn, das Kaposi-Sarkom oder Bluterkrankungen auftreten. 1982-1996 wurden 15 682 AIDS-Fälle gemel-

det, davon waren fast 65% als bereits verstorben bekannt. Derzeit wird bei rund 2 000 Patienten jährlich erstmals die Diagnose AIDS gestellt. Über die Hälfte aller an AIDS Erkrankten lebt in den großstädtischen Ballungsräumen. 80% sind zum Zeitpunkt der Diagnose 25-49 Jahre alt. Hauptübertragungswege sind ungeschützter Geschlechtsverkehr bzw. der Mehrfachgebrauch von Spritzen bei Drogenabhängigen. Auch heute wird AIDS durch die Erkrankungsfälle der homo- bzw. bisexuellen Männer und der intravenös Drogenabhängigen bestimmt. 1996 waren 17% der Infizierten Frauen. Die Behandlungskosten eines AIDS-Patienten sind unterschiedlich und können bis zu 120 000 DM im Jahr betragen.

62. *Tuberkulose* wird durch Bakterien verursacht, die durch Husten, Sprechen oder Schnupfen in die Luft abgegeben und

übertragen werden. Der Krankheitsverlauf hängt wesentlich von Faktoren der individuellen Konstitution und der sozialen Lage ab. Ganz überwiegend ist die Lunge betroffen. 1995 wurden insgesamt 12 198 Tuberkulose-Erkrankungen gemeldet. Jährlich sterben etwa 1 000 Menschen an dieser Krankheit. Männer sind doppelt so oft betroffen

wie Frauen. Wichtige Risikogruppen stellen einreisende Asylbewerber, Flüchtlinge und Aussiedler aus Ländern mit hoher Erkrankungshäufigkeit dar.

63. Virusbedingte Leberentzündungen (Hepatitis A, B, C, D und E) gehören zu den bedeutsamsten Infektionskrankheiten. Insbesondere die *Hepatitis B* stellt ein weltweit wichtiges Gesundheitsproblem dar, weil sie häufig einen chronischen Verlauf mit Leberzirrhose und Leberkrebs zur Folge hat. Die

Infektion mit dem Hepatitis B-Virus führt bei etwa 25-30% der infizierten Erwachsenen nach einem bis sechs Monaten zu einer akuten Hepatitis. Jährlich erkranken etwa 25 000-30 000 Menschen an Hepatitis B. Die Ansteckung erfolgt im wesentlichen durch Geschlechtsverkehr oder im Umgang mit Spritzen, z.B. beim Spritzentausch intravenös Drogenabhängiger. Aber auch im Rahmen medizinischer Behandlung, z.B. bei der Dialyse oder Transfusionen kann es zu Ansteckungen kommen. Die Hepatitis B ist die häufigste Berufskrankheit der im Gesundheitswesen Beschäftigten. Vorbeugendes Impfen ist möglich. Schutzmaßnahmen beim Geschlechtsverkehr (safer sex) und insbesondere ein hoher Sicherheitsstandard beim Umgang mit Blut und Blutprodukten in den Einrichtungen des Gesundheitswesens haben weiterhin einen hohen Stellenwert bei der Vorbeugung. Die Behandlungskosten lagen 1995 bei geschätzten 300 Mio. DM.

Verletzungen

64. Nahezu 10 Mio. Menschen sind jährlich von *Verletzungen und Vergiftungen* betroffen. Ursachen können Unfälle, Suizide und Suizidversuche oder Gewalt sein. Männer erleiden wesentlich häufiger Verletzungen, was u.a. auf das höhere Risiko von Arbeitsunfällen zurückzuführen ist. Jüngere Männer kommen auch häufiger durch Verkehrsunfälle zu Schaden. 1995 starben fast 40 000 Menschen an Verletzungen bzw. deren Folgen. Der Anteil an der Gesamtsterblichkeit betrug bei Männern 6%, bei Frauen 3%. Ster-



Für viele Verletzungsrisiken sind Präventionsmöglichkeiten bekannt, mit denen sich die Gesundheitsgefährdung senken läßt.

befälle infolge Verletzungen und Vergiftungen sind bei den unter 45jährigen die häufigste Todesursache. Die Zahl der Sterbefälle ist in den letzten Jahren rückläufig. Knapp 1,6 Mio. Behandlungsfälle (11% aller Behandlungsfälle) wurden 1995 aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen mit 18,3 Mio. Pflegetagen in den Krankenhäusern versorgt. 13% aller AU-Tage (66,7 Mio.) bei 3,6 Mio. AU-Fällen waren 1993 auf Verletzungen und Vergiftungen zurückzuführen. Die direkten Kosten werden für 1994 auf rund 26,9 Mrd. DM, geschätzt; das waren gut 8% aller direkter Krankheitskosten.

6 Ressourcen der Gesundheitsversorgung

Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung

65. Die Aufgaben des *Öffentlichen Gesundheitsdienstes* liegen in der Gesundheitsvorsorge sowie in der Jugend- und Schulgesundheitspflege, der Betreuung Behinderter und den sozialpsychiatrischen Diensten. Im Zentrum des Gesundheitsschutzes schließlich steht die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Diese Aufgaben werden i.d.R. von den Gesundheitsämtern auf Kreisebene wahrgenommen. 1995 gab es 485 Gesundheitsämter. Die Perspektiven des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hängen wesentlich von der „Entrümpelung“ und Straffung des Aufgabenkataloges ab, wie sie in den Landesgesetzen derzeit vorgenommen werden (z.B. Mecklenburg-Vorpommern 1994, Bremen 1995, Nordrhein-Westfalen 1998). Dabei sollen u.a. Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung, -planung und -koordination an Gewicht gewinnen. Der Öffentliche Gesundheitsdienst könnte dabei von der „Public Health“-Forschung und -Ausbildung profitieren.

66. Der *Arbeitsschutz* umfaßt technische, medizinische, ergonomische, organisatorische, psychologische und pädagogische Maßnahmen, die dem Schutz der arbeitenden

Menschen dienen. Die Pflicht zur Ermittlung der Gefahren und die Beurteilung der Maßnahmen liegt beim Unternehmer. 1995 überwachten die staatlichen Gewerbeaufsichtsämter mit 4 452 Beamten (einschließlich 160 Gewerbeärzten) die Einhaltung des Arbeitsschutzrechts. Sie sind Genehmigungs- und Erlaubnisbehörde z.B. für die Errichtung und den Betrieb überwachungsbedürftiger Anlagen oder für Arbeitszeitregelungen. 1995 wurden die Gewerbeaufsichtsämter durch 5 313 Beschäftigte der technischen Aufsicht der Berufsgenossenschaften unterstützt. Hinzu kommen die Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte in den Betrieben. 1995 gab es 482 164 Sicherheitsbeauftragte für Arbeitssicherheit. 12 034 Ärzte verfügten über eine anerkannte arbeitsmedizinische Ausbildung. Organisation und Aufgaben im betrieblichen Arbeitsschutz sind gut ausgebaut, insbesondere in Kleinbetrieben besteht jedoch weiterer Handlungsbedarf.



Arbeitsschutz spielt eine wichtige Rolle beim Verhindern von Berufsunfällen und der Verminderung von Berufskrankheiten.

67. Laien- und Selbsthilfe umfaßt ein breites Spektrum von Tätigkeiten, das von der individuellen Selbsthilfe und familialen Eigenhilfe über Selbsthilfegruppen mit wechselseitiger Unterstützung (z.B. AIDS-Gruppen) bis hin zu Selbsthilfe mit indirekter Betroffenheit (z.B. „Kind im Krankenhaus“) reicht. Dazu gehört ebenso individuelles ehrenamtliches Engagement wie organisierte Nachbarschaftshilfe. Auch Koordinations- und Kontaktstellen und Selbsthilfeorganisationen (z.B. Rheuma-Liga) zählen zu den Einrichtungen der Selbsthilfe. Selbsthilfe wird staatlich gefördert und durch Kirchen, Wohlfahrtsverbände und Krankenkassen unterstützt. Insgesamt gehen Schätzungen von rund 70 000

Selbsthilfegruppen aus. Frauen sind im Laien- und Selbsthilfebereich besonders engagiert und nutzen die Angebote auch stärker als Männer. Wichtigste Aktivitäten sind Informationsaustausch, gegenseitige emotionale Unterstützung, gemeinsame Entwicklung von Lösungen für Probleme von Gruppenmitgliedern, öffentliche Aktionen und Veranstaltungen sowie die Gewinnung neuer Mitglieder. Selbsthilfegruppen können wesentlich zu einer stärkeren Vernetzung gesundheitsbezogener Dienstleistungen beitragen.

Ambulante Gesundheitsversorgung

68. Den *niedergelassenen Ärzten* kommt in der Gesundheitsversorgung eine Schlüsselstellung zu; sie sind i.d.R. erste Anlaufstelle für Men-

schen mit Gesundheitsproblemen. Ende 1995 waren 43% aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis niedergelassen. Über 90% (1995: 107 497) übten ihre Tätigkeit als Vertragsärzte der GKV aus. Die Praxen werden überwiegend als Einzelpraxen



Ärztliche und zahnärztliche Praxen haben eine zentrale Funktion in der ambulanten Versorgung von Patienten.

betrieben. 1995 betrug der Anteil der weiblichen Vertragsärzte 31%. Er variierte nach Fachgebieten erheblich.

69. 82% (49 866) der berufstätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte einschließlich Kieferorthopäden waren 1995 als *Vertragszahnärzte* niedergelassen. Dabei waren nahezu 87% in Einzelpraxen, 13% in Gemeinschaftspraxen tätig. 2 381 der Vertragszahnärzte nahmen nur an der kieferorthopädischen Versorgung teil. 1995 waren 25% der Vertragszahnärzte im Westen und 58% im Osten weiblichen Geschlechts.

70. 1995 gab es in Deutschland 21 119 öffentliche *Apotheken*. Ihr Gesamtnettoumsatz belief sich auf ca. 43 Mrd. DM. 94% des Apothekenumsatzes im Westen entfiel auf Arzneimittel; 62% davon waren verschreibungspflichtig, 30% apothekenpflichtig und 2% frei verkäuflich. 67% der Arzneimittel wurden über die GKV finanziert. Als wichtigste Kundengruppe gelten Versicherte ab 60 Jahren (22% der Bevölkerung); auf sie entfielen 1995 54% des Arzneimittelumsatzes der GKV. Die Apotheken sind vom Ordnungsverhalten der Vertragsärzte abhängig. Die Veränderungen in der Finanzierung von Versorgungsleistungen bei Arzneimitteln macht die Selbstmedikation und das privat zu zahlende Sortiment zu einem wichtigen Wirtschaftsfaktor für die Apotheken.

71. *Ambulante Pflegeeinrichtungen* betreuen Pflegebedürftige in ihrer Wohnung (Grund- und Behandlungspflege) und unterstützen diese hauswirtschaftlich. Hierunter fallen Sozialstationen in freigemeinnütziger Trägerschaft ebenso wie private Hauspflegedienste. Anfang 1998 gab es rund 11 700 ambulante Pflegeeinrichtungen. Die Bedeutung dieses Versorgungsangebots nimmt aufgrund des demographischen Wandels, medizinisch-technischen Fortschritts und sozialer Veränderungen erheblich zu. Das Pflegeversicherungsgesetz fördert den Wettbewerb in der ambulanten Pflege, um so zu mehr Wirtschaftlichkeit und Effizienz und damit zu Kosteneinsparungen zu gelangen. Problematisch gestaltet sich die Sicherung der Qualität der Pflegeleistungen.

72. Unter dem Sammelbegriff *Praxen nichtärztlicher medizinischer Berufe* ist eine Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen zusammengefaßt, wie Ergotherapeuten, Hebammen, Heilpraktiker, Physio-, Psycho- oder Sprachtherapeuten. Ein großer Teil der Tätigkeiten dieser Praxen erfolgt auf ärztliche Verordnung, die in den meisten Fällen direkt mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Die Bedeutung dieses Bereichs für die Gesundheitsversorgung hat in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen; die demographische Entwicklung läßt eine Fortsetzung dieses Trends vermuten.

73. Als *Einrichtungen des Gesundheitshandwerks* werden fünf Sparten des Gesundheitshandwerks zusammengefaßt: Augenoptik, Hörgeräteakustik, Orthopädieschuhtechnik, Orthopädietechnik und Zahntechnik (1994: rund 19 000 Unternehmen, ca. 170 000 Beschäftigte). Außer bei den Orthopädieschuhtechnikern dominieren die weiblichen Beschäftigten. Das Gesundheitshandwerk erwirtschaftete 1994 einen Umsatz über 18 Mrd. DM. Die Anstrengungen der Industrie, mit vorgefertigten Hilfsmitteln auf den Markt zu drängen, lassen den Anteil der handwerklich gefertigten Produkte abnehmen. Mit zunehmender Filialisierung wird sich die Anbieterstruktur in den einzelnen Sparten ändern; in der Augenoptik ist dieser Prozeß bereits weit vorangeschritten.

Stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung

74. 1995 gab es 2 325 *Krankenhäuser*. Von den insgesamt 609 123 in ihnen aufgestellten Betten wurden mehr als 96% öffentlich gefördert. Jedes dritte Krankenhausbett war der Inneren Medizin, ein Viertel der Chirurgie, jedes zehnte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe zuzurechnen. Rund 60% aller Krankenhausbetten war in öffentlicher, etwa ein Drittel in freigemeinnütziger und 5% in privater Trägerschaft. Seit Anfang der neunziger Jahre hat sich die Zahl der Krankenhausbetten um 8,5%, die Verweildauer der Patienten in den

Krankenhäusern um 17,1% verringert. In den Krankenhäusern waren 1995 mehr als 1,1 Mio. Personen beschäftigt. Die größten Berufsgruppen bildeten das Krankenpflegepersonal (39%), medizinisch-technisches und Funktionspersonal (23%) und Ärzte (11%). Je Krankbett wurden durchschnittlich 1,5 Vollkräfte beschäftigt. Die Personalintensität je Bett ist bezüglich des ärztlichen und pflegerischen Personals seit Anfang der achtziger Jahre rückläufig.

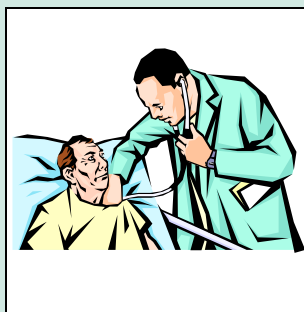
75. Nachhaltigstes Modernisierungsdefizit in der Gesundheitsversorgung ist im einhelligen Urteil aller Experten die mangelnde *Verzahnung der ambulanten und stationären Krankenversorgung*. Es existieren nur wenige strukturelle Bindeglieder (Notfallversorgung, Institutsambulanzen, Belegarztsystem, persönliche Ermächtigungen, Polikliniken der Universitätskliniken). Neuere Elemente sind die Praxiskliniken, Tages- und Nachtkliniken, ambulantes Operieren und die prä- und poststationäre Versorgung an Krankenhäusern. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen kommt dem Qualitätsmanagement und dem Patientenschutz eine immer größere Bedeutung zu.

76. Insgesamt gab es 1995 1 373 stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit 181 633 Betten. 15% der Einrichtungen befanden sich in öffentlicher, 23% in freigemeinnütziger und 62% in privater Trägerschaft. Versorgungsschwerpunkte liegen in der Inneren Medizin, der Orthopädie und der Psychosomatik. Mehr als die Hälfte dieser Einrichtungen bzw. der Betten liegen in Baden-Württemberg,

Bayern und Hessen. 1995 wurden 1,9 Mio. Behandlungsfälle mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 31 Tagen gezählt, die von 114 312 Beschäftigten versorgt wurden, darunter 8 659 Ärztinnen und Ärzte. Die Kostenträger (Renten-, Kranken-, Unfallversicherung, Kriegsopferversorgung, Sozialhilfeträger) wendeten im Durchschnitt 7 000 DM (1993) je stationärer Maßnahme, d.h. je nach Träger 180 bis 225 DM je Tag, auf. Mit dem Beitragsentlastungsgesetz und dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz wurden die Leistungen der Prävention und Rehabilitation seit 1997 erheblich eingeschränkt. Die daraus folgende Zurückhaltung der Versicherten bei der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen hat die wirtschaftliche Situation vieler Träger und ganzer Heilbäder und Kurorte erheblich verschlechtert. Nach Schätzungen sind allein im Jahr 1997 im Kurwesen etwa 30 000 Arbeitsplätze verloren gegangen.

77. 1994 lebten rund 500 000 „erheblich pflegebedürftige“ und überwiegend ältere Menschen in stationären *Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe*. Das Pflegeversicherungsgesetz von 1994 garantiert einen einkommensunabhängigen Rechtsanspruch auf die Finanzierung der grund-

legenden Pflegeleistungen. Das Angebot an Plätzen in diesen Einrichtungen ist in den letzten Jahren relativ konstant geblieben. Auf 100 000 Einwohner über 65 Jahre kamen 1995 ca. 5 000 Plätze in Alteinrichtungen. Die Insassen sind in erheblichem Umfang auf Grundpflege und medizinische Behandlungspflege angewiesen. Nur 28% benötigen ausschließlich allgemeine und hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen. Zuneh-



Patienten in stationären Einrichtungen der Alten- und Pflegehilfe benötigen in erheblichem Umfang Leistungen der Grund- und medizinischen Behandlungspflege.

ge angewiesen. Nur 28% benötigen ausschließlich allgemeine und hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen. Zuneh-

mend wird auch dem individuell sehr unterschiedlichen Pflegebedarf durch differenziertere Angebote, wie Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Tagespflegeeinrichtungen und „Betreutes Wohnen“ Rechnung getragen. In der stationären Altenpflege waren Ende 1994 rund 360 000 Menschen beschäftigt. 470 000 Menschen erhielten 1996 auf Grundlage des Pflegeversicherungsgesetzes pflegerische Leistungen; hierfür wendeten die Pflegekassen 5,5 Mrd. DM auf. Die Pflegesätze in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe lagen 1994 im Westen bei einem monatlichen Durchschnittswert von rund 4 150 DM.

78. Im Jahr 1995 wurden von den *Rettungsdiensten* (ohne Niedersachsen) mehr als 8,4 Mio. Einsätze durchgeführt. 60% aller Einsätze des Rettungsdienstes waren Krankentransporte, 40% Notfallrettungen. Ihr Anteil lag 1985 noch bei 29%. 1995 war in 43% aller Notfallrettungen der Notarzt beteiligt. Häufigster Anlaß ist der internistische Notfall mit 44%; Verkehrsunfälle haben mit 12% den niedrigsten Anteil seit 1985 erreicht. Mit 50 Luftrettungsstützpunkten ist inzwischen ein nahezu flächendeckendes Netz zur Luftrettung eingerichtet. Die Gesamtausgaben für die Rettungsdienste betrugen 1994 3,2 Mrd.DM. Die entscheidende Größe sind mit rund 70-90% der Gesamtkosten die Vorhaltekosten.



Der Rettungsdienst stellt in Deutschland eine funktionale Einheit aus Notfallrettung und Krankentransport dar.

Industrie, Forschung und Verwaltung

79. Deutschland zählte 1995 mit einem Produktionswert von nahezu 33 Mrd. DM und einem Weltmarktanteil von

etwa 10% zu den vier größten Herstellerländern für *pharmazeutische Produkte* weltweit. Bei den *elektromedizinischen Geräten* nahm Deutschland mit einem Produktionswert von rund 5 Mrd. DM sogar eine Spitzenstellung ein. 1995 gab es 1 000 Arzneimittel- und 750 Medizintechnikanbieter mit insgesamt 190 000 Beschäftigten. In der pharmazeutischen Industrie verfügen 16% der Beschäftigten über einen Hochschulabschluß. Sie ist der forschungsintensivste Industriezweig nach dem Luftfahrzeugbau. Die jährlichen Forschungsaufwendungen liegen bei rund 17% des Umsatzes. 1995 wurden bundesweit 4 539 Arzneimittelpatente angemeldet. Bezogen auf neue Wirkstoffe gehört die deutsche pharmazeutische Industrie mit einem Anteil von 12% für den Zeitraum von 1961-1995 zu den weltweit erfolgreichsten Innovatoren.

80. 1993 wurden 9,1 Mrd. DM in Hochschulen, staatlichen und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck und in der

Wirtschaft für *Forschung und Entwicklung* im Gesundheitssektor investiert. Hiervon entfällt der größte Anteil mit ca. 45% auf den Unternehmensbereich. 36 Prozentpunkte dieser Summe entfallen auf die pharmazeutische Industrie, mit 42% rangieren die Hochschulen an zweiter Stelle. Die übrigen 13% entfallen auf staatliche Organisationen ohne Erwerbszweck. Die staatliche Forschungsförderung konzentriert sich

auf Projektförderung. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft ist der wichtigste Drittmittelgeber; sie stellte 1996 für medizinische Forschung 330 Mio. DM bereit.

81. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch unterscheidet in der *gesetzlichen Krankenversicherung* (GKV) sieben Kassenarten, deren Struktur sich seit 1994 stark verändert hat. Gab es 1970 noch 1 815 Kassen, so waren es Ende 1996 im Westen nur noch 498, im Osten 56. Die gesetzlichen Krankenkassen bilden Landesverbände, die sich wiederum in je einem Bundesverband zusammenschließen. Organe der gesetzlichen Krankenkassen sind der hauptamtliche Vorstand, der die Geschäfte führt, und ein Verwaltungsrat mit übergeordneter Aufsichtsfunktion. Der Verwaltungsrat ist zumeist paritätisch mit Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt. Insgesamt erhalten derzeit rund 71,9 Mio. Menschen als Pflichtversicherte, freiwillig Versicherte, Familienangehörige oder Rentner Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen. 1995 waren rund 150 000 Personen in der GKV beschäftigt. Die Verwaltungskosten nahmen einen Anteil von 4,6% der GKV-Ausgaben in Anspruch.

82. Ende 1995 waren in 54 *privaten Krankenversicherungen* 7 Mio. Personen voll versichert; weitere 6 Mio. Personen hatten eine private Zusatzversicherung. Mitglieder sind vornehmlich die Bevölkerungsgruppen, die nicht zum Kreis der Pflichtversicherten der GKV gehören: Beamte, Selbständige, Freiberufler, Abgeordnete und Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze. 1995 beliefen sich die Ausgaben für private Krankenversicherungsleistungen auf 21 Mrd. DM, darunter 6 Mrd. DM für Leistungen an Vollversicherte. In den privaten Krankenversicherungen waren Ende 1996 rund 31 700 Personen beschäftigt.

Erwerbstätige

83. 1995 waren im Gesundheitswesen rund 4 Mio. Personen tätig, davon rund 2 Mio. in den klassischen Gesundheitsdienstberufen. Die Beschäftigten im Gesundheitswesen stellten damit einen Anteil von gut 11% an allen *Erwerbstätigen*.

Rund 1,1 Mio. Erwerbstätige stammen aus den Pflegeberufen. Die Altenpflege entwickelt sich hier zuletzt besonders dynamisch. 1995 waren etwa 210 000 Personen in diesem Berufsfeld tätig.

84. 1993 befanden sich mindestens 220 000 Menschen in einer schulischen und 150 000 in einer akademischen *Ausbildung* für Gesundheitsfachberufe. Mit neuen Ausbildungen in „Pflege“- und „Gesundheitswissenschaften“ vollzieht sich seit Beginn der neunziger Jahre nach anglo-amerikanischem Vorbild die Akademisierung weiterer Gesundheitsberufe.

7 Leistungen und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Gesundheitsschutz, Vorsorge, Früherkennung

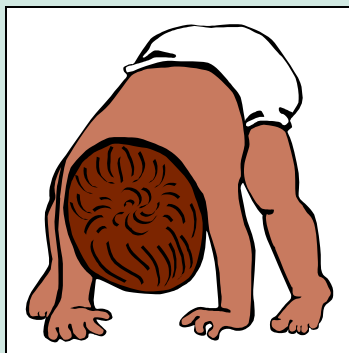
85. Das Niveau des *Gesundheitsschutzes* kann generell als gut bezeichnet werden. Der Bereich des Infektionsschutzes und der allgemeinen Hygiene ist nach wie vor am umfassendsten gesetzlich geregelt. Bei 15,8 Mio. Patientenbehandlungen in deutschen Krankenhäusern wurden 3-6% Infektionen ermittelt. Bis zur Hälfte dieser Infektionen sind prinzipiell vermeidbar. Die Verantwortung für den Arbeitsschutz in den Betrieben liegt bei den Unternehmern, die Kontrolle bei den Ländern. Bei 585 102 Besichtigungen wurden über 1,3 Mio. Beanstandungen dokumentiert, wobei sich 86% der Mängel auf die Verhütung und den Gesundheitsschutz bezogen. Insgesamt läßt sich in den letzten fünf Jahren keine Tendenz zu einer größeren Mängelfreiheit der Betriebe ablesen. Ergänzend zur staatlichen Aufsicht führen die Unfallversicherungsträger Maßnahmen zur Prävention und Unfallverhütung durch.

86. Die *Vorsorge* umfaßt alle Maßnahmen, die dem Erhalt von Gesundheit und der Verhütung von Krankheiten und Unfällen dienen. 1995 wurden im Rahmen der GKV Vorsorgekuren für 700 Mio. DM durchgeführt (Müttervorsorgekuren:

228 Mio. DM; sonstige Vorsorgekuren: 472 Mio. DM). Deren Nutzen wird kontrovers diskutiert. 1992 wurden im Rahmen der Schwangerenvorsorge rund 670 000 Schwangere betreut. Bei 79% aller Schwangeren erfolgte die Erstuntersuchung vor der 13. Schwangerschaftswoche, 73% der Schwangeren nahmen mindestens zehn Untersuchungen in Anspruch. Vorsorgemaßnahmen mit hohem primärpräventivem Potential sind die Einschulungsuntersuchungen der Gesundheitsämter. Bei 5-6jährigen Kindern lauten die häufigsten Diagnosen auf Seh- und Hör- sowie Sprech- und Sprachstörungen, auf Haltungsauffälligkeiten und Koordinationsstörungen in der Grob- und Feinmotorik. Die Durchführung von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten ist eine weitere wichtige Maßnahme zur Krankheitsverhütung. Epidemien können bei Durchimpfungsgraden von über 90% vermieden werden. Dies ist bei Wundstarrkrampf, Kinderlähmung und Diphtherie annähernd erreicht; Durchimpfungsquoten gegen Masern (70-83%), Mumps (67-81%) und Röteln (38-73%) verhindern dagegen Infektionen in Schulen oder Kindergärten nicht. Die Inanspruchnahme

von Vorsorgeleistungen ist schichtabhängig. Je höher der soziale Status, desto besser die Inanspruchnahme der Angebote. Unerfüllt blieb bisher die Erwartung, durch Vorsorgemaßnahmen ließen sich die Behandlungsausgaben senken.

87. Der Sinn der *Früherkennung* liegt im Erkennen von Fehlentwicklungen, Krankheiten und Behinderungen, um frühestmöglich die notwendigen medizinischen Behandlungen einzuleiten. Früherkennungsuntersuchungen werden vor allem von Vertragsärzten angeboten. Sie umfassen die Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen bei Kindern, die Gesundheitsuntersuchung und die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Männern und Frauen. Die Inanspruchnahme der Früh-



Die Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder bis zum 2. Lebensjahr (U1 bis U7) werden von über 90% aller Berechtigten in Anspruch genommen.

erkenntnisuntersuchungen bei Kindern liegt bis zur U 7 Ende des 2. Lebensjahres bei über 90%, die U 8 und die U 9 werden abhängig von der sozialen Schicht deutlich seltener wahrgenommen. Häufigste Befunde sind Fehlbildungen des Herzens, Hüftgelenksanomalien, Entwicklungs- und Bewegungs- sowie Seh- und Sprachstörungen. Ab

dem 36. Lebensjahr haben die Versicherten alle 2 Jahre Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung. 1994 lag die Beteiligung von Männern wie Frauen bei etwa 20% im 2-Jahres-Zeitraum. Frauen können ab 20 und Männer ab 45 Jahren an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen teilnehmen; 1995 taten dies 14% der berechtigten Männer und 48% der Frauen. 1990 wurde bei 2% der Männer und 1,6% der Frauen ein Krebsverdacht ermittelt. 1995 gaben die Krankenkassen 1,4 Mrd. DM für alle Früherkennungsmaßnahmen aus.

Ambulante Gesundheitsversorgung

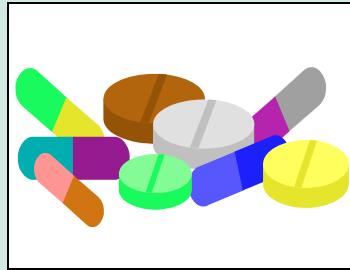
88. Die *ambulante Gesundheitsversorgung* wird überwiegend durch niedergelassene Haus- und Fachärzte durchgeführt. Hausarztfunktionen üben Allgemeinärzte, aber auch hausärztlich tätige Internisten, Kinderärzte und Gynäkologen aus. Die Inanspruchnahme der niedergelassenen Ärzte hat zwischen 1988 und 1995 beträchtlich zugenommen. Kamen 1988 auf jeden GKV-Versicherten 5,5 Abrechnungsfälle, so waren es 1995 bereits 6,9 Fälle. Diese beträchtliche Steigerung ist hauptsächlich auf die Überweisungen zu Fachärzten zurückzuführen. Entsprechend ist auch die Zahl der abgerechneten Leistungen gestiegen. Wurden 1990 im Westen noch 39 Leistungen je GKV-Versicherten abgerechnet, so waren es 1995 bereits 53. Die Ausgabenentwicklung für die ambulante Versorgung wird nicht nur durch die Aufwendungen für die ärztliche Versorgung bestimmt, sondern ebenso durch die Verordnungen und Überweisungen zu anderen Leistungserbringern. Die Ausgaben in diesen beiden Leistungsbereichen sind dreimal so hoch wie die Gesamtvergütung der Ärzte.

89. Die Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen erfordert eine auf Ganzheitlichkeit ausgerichtete Betreuung. Neben der medikamentösen Therapie sind dies im wesentlichen *Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Sporttherapie, psychologische/psychotherapeutische Maßnahmen, Diätetik und Ernährungsberatung, Patientenschulung und soziale Beratung*. Leistungen werden sowohl stationär in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen wie auch im Rahmen der ambulanten Krankenbehandlung erbracht.

90. Die *Arzneimittelversorgung* wird durch Apotheken sichergestellt. Patienten erhalten Arzneimittel über ärztliche Verordnung oder Selbstmedikation. Letztere gewinnt durch die Maßnahmen zur Kostensenkung laufend an Bedeutung. Umfragen zufolge nimmt rund ein Drittel der deutschen

Bevölkerung täglich oder fast täglich Arzneimittel ein (Männer: 29%; Frauen: 40%). 10% der Befragten gaben an, überhaupt kein Arzneimittel

anzuwenden. Frauen setzten häufiger als Männer selbsterworbene Arzneimittel zusätzlich ein. Der Pro-Kopf-Verbrauch lag 1995 für Männer bei 11,4 Verordnungen mit durchschnittlich 355 Tagesdosen, für Frauen bei 15,4 Verordnungen mit 496 Tagesdosen. Der Großteil



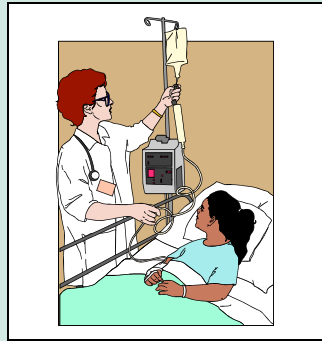
Arzneimittel gelten als „Waren der besonderen Art“; sie dürfen nur vertrieben werden, wenn sie den gesetzlichen Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes entsprechen.

der 1995 verordneten 31 Mrd. Tagesdosen wird durch Allgemeinärzte veranlaßt (57%). 1983-1992 stiegen die GKV-Arzneimittelausgaben um 87% (Bruttoinlandsprodukt: 66%). Steuerungsmaßnahmen zur Reduktion der Arzneimittelausgaben zielen auf das Verordnungsverhalten der Ärzte (Mengenbegrenzung) und auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten (Selbstbeteiligung). Die Patienten zahlen inzwischen rund 20% der Medikamente direkt.

Stationäre Gesundheitsversorgung

91. 1995 wurden in 2 325 *Krankenhäusern* mit insgesamt 609 123 Betten rund 15 Mio. *Behandlungsfälle* registriert. Seit 1991 ist die Zahl der versorgten Fälle je 100 000 Einwohner um 5,5% gestiegen. Gleichzeitig nahm die durchschnittliche Verweildauer von 14,6 auf 12,1 Tage ab. Der überdurchschnittliche Rückgang der Verweildauer führte trotz Steigerung der Fallzahlen zu einer rückläufigen Auslastung der Krankenhäuser von derzeit 82%. Ursächlich für diese Entwicklung sind Fortschritte in den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und die Einführung neuer Formen der

Krankenhausfinanzierung (Fallpauschalen). Sieht man von den schwangerschaftsbedingten Krankenhausaufenthalten ab, sind Männer in allen Altersgruppen anteilig häufiger in Krankenhausbehandlung als Frauen. Krankheiten des Kreislaufsystems bilden die häufigsten Behandlungsanlässe, jeder fünfte Mann und jede siebte Frau wurden mit dieser Hauptdiagnose im Krankenhaus versorgt. Bei Frauen sind Schwangerschaften der zweithäufigste Anlaß. Bei Männern sind Unfälle und Verletzungen eine weitere wichtige Ursache für Krankenhausaufenthalte. 1994 wurden 151,0 Mrd. DM für stationäre und teilstationäre Behandlung ausgegeben (44% der Gesamtausgaben für Gesundheit). Die Gesamtkosten je stationär behandelten Kranken erhöhten sich zwischen 1991 und 1995 um 18%, je Pflegetag sogar um 43%. Ein nahtloser Übergang der Krankenhausbehandlung zu den anderen Versorgungssektoren (ambulante Versorgung, Rehabilitation, Pflege) könnte zur Sicherung des Erfolgs der Krankenhausbehandlung beitragen und die Erfolgsaussichten flankierender Maßnahmen erhöhen.



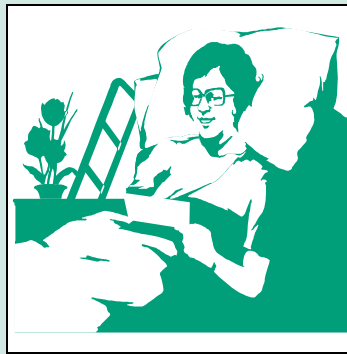
Die meisten Krankenhausbehandlungen werden durch Krankheiten des Kreislaufsystems veranlaßt.

92. *Rehabilitation* zielt darauf ab, den Erkrankten zu befähigen, möglichst weitgehend und selbständig am Leben in Gesellschaft, Beruf und Familie teilnehmen zu können. Handlungsleitende Prinzipien einer optimalen rehabilitativen Versorgung sind der möglichst früh einsetzende Beginn der Behandlung, die Nahtlosigkeit des Übergangs und der interdisziplinäre und integrative Behandlungsansatz. Es werden Maßnahmen der medizinischen, berufsfördernden und sozialen Rehabilitation unterschieden. 1995 wurden

über 1,4 Mio. Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt. Ihre Zahl hat sich seit 1991 um 17,5% erhöht. Die Altersgruppe der 45-59-jährigen nimmt Rehabilitationsmaßnahmen am häufigsten in Anspruch, Männer häufiger als Frauen. Der bedeutsamste Rehabilitationsanlaß sind Skelett- und Muskelerkrankungen, insbesondere degenerativ-rheumatische Erkrankungen. 1995 entfielen 41% aller Rehabilitationsmaßnahmen auf diese Indikation. Die Ausgaben in der medizinischen Rehabilitation beliefen sich 1995 für die Rentenversicherung auf 10,1 Mrd. DM und für die GKV auf 3,8 Mrd. DM.

Einzelne Leistungsbereiche

93. Die Versorgung kranker und behinderter Menschen in ihren eigenen vier Wänden und die möglichst langfristige Erhaltung der Selbständigkeit und Lebensqualität in der gewohnten Umgebung sind die Ziele *häuslicher Krankenpflege*.



Die häusliche Krankenpflege versorgt vornehmlich Alte und Hochbetagte mit Leistungen der Grund- und Behandlungspflege sowie mit Unterstützung im Haushalt.

Finanziert wird sie entweder von den Pflegekassen oder im Rahmen häuslicher Krankenpflege von den Krankenkassen. Heute kann in den meisten Regionen von einer flächendeckenden pflegerischen Versorgung gesprochen werden. Die Zunahme ambulanter Operationen und die Verkürzung der Krankenhausverweildauer erhöht den Bedarf

an häuslicher Krankenpflege. Diese umfaßt Behandlungspflege, Grundpflege sowie die Unterstützung im Haushalt. Die Klientel häuslicher Krankenpflege sind vorwiegend Alte und

Hochbetagte. Daneben existieren Gruppen mit intensivem Pflegebedarf wie z.B. AIDS-Kranke. Die Kostenerstattungsgrundsätze der Krankenversicherung definieren die häusliche Krankenpflege so eng, daß Prävention, Gesundheitsförderung, Aktivierung und Rehabilitation nur einen geringen Stellenwert haben. Wettbewerb und Kostendruck beeinträchtigen zunehmend die Qualität der häuslichen Krankenpflege. 1995 lagen die GKV-Ausgaben für häusliche Krankenpflege bei 3,3 Mrd. DM.

94. In der Krankenversorgung bedeutsame neuere *bildgebende Verfahren* sind die Computertomographie (CT) und die Kernspintomographie (MR). Im Unterschied zum Röntgen zeichnen sich diese Verfahren dadurch aus, daß die bildliche Darstellung von inneren Organen und Weichteilen verbessert und sogar die Aufzeichnung von Bewegungen möglich wurde. Zugleich sind die Risiken für die Untersuchten geringer. Die Zahl der Computertomographen hat im Westen von 160 im Jahr 1979 auf 1 139 (Stand: 1.1.1996) zugenommen, die der Kernspintomographen von 18 (1984) auf 414 (Stand: 1.1.1996). Überproportional gewachsen ist der Anteil der in den Praxen niedergelassener Ärzte installierten Geräte (1995: 45% aller CTs und 54% aller MRs im Westen; 30% aller CTs und 48% aller MRs im Osten). Für beide Verfahren wurden 1995 von der GKV im Westen 908 Mio. DM aufgewendet. Nach den Richtwerten des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (Großgeräte-Richtlinie Ärzte) besteht eine erhebliche Überversorgung. Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurde die

bisherige Großgeräteplanung abgeschafft. Stattdessen sollen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern auszuhandelnde Vergütungsregelungen den wirtschaftlichen Einsatz sicherstellen.

95. *Minimalinvasive Verfahren* (MIV) wie die Laparoskopie (Bauchhöhlenspiegelung) wurden bereits um die Jahrhundertwende entwickelt. Neue Materialien (Glasfasern), die Kombination mit anderen Technologien (Video, Laser) oder Verfahren (Sonographie) sowie Fortschritte in der Anästhesie haben die Möglichkeiten der MIV erheblich erweitert und zu einer explosionsartigen Leistungsentwicklung und Ersetzung traditioneller Verfahren durch MIV im ambulanten wie stationären Bereich geführt. So hat im ambulanten Bereich die Häufigkeit der Endoskopien stark zugenommen. Die Aussagekraft dieser Verfahren ist im Vergleich zu traditionellen radiologischen Verfahren höher, es können Patienten operativ versorgt werden, bei denen dies zuvor nicht oder nur eingeschränkt möglich war. Daneben sind bessere kosmetische Ergebnisse, meist weniger Schmerzen und verkürzte Krankenhausaufenthalte und Rekonvaleszenz unstrittig. Anreize in der Gebührenordnung, ärztlicher Ehrgeiz und Patientenwunsch führen zu Mengenausweitung. Die schnelle Ausweitung dieser Verfahren läßt derzeit auch die Komplikationsraten steigen. Gleichwohl kann man trotz der lückenhaften Informationsgrundlage zur Qualitätssicherung davon ausgehen, daß die Risiken der MIV im Mittel geringer sind als bei offenen Operationen. Ökonomisch betrachtet muß festgehalten werden, daß sich therapeutische MIV im Vergleich zu entsprechenden konventionellen Verfahren nur teilweise rechnen. Werden auch Patientenvorteile in die Betrachtung einbezogen und der potentielle volkswirtschaftliche Nutzen mit berücksichtigt, so ergeben sich Vorteile für MIV. Eine Ausweitung der Qualitätssicherung sowie die Festlegung von Mindeststandards in der Routine ist erforderlich.

96. *Ambulante Operationen* sind Eingriffe, bei denen die Patienten die Nächte vor und nach der Operation zu Hause

verbringen. Ambulante Operationen umfassen eine Bandbreite von einfachen Eingriffen unter örtlicher Betäubung oder Teilnarkose, die schon immer im niedergelassenen Bereich durchgeführt wurden (z.B. Entfernung von Nasenpolypen), bis hin zu aufwendigen mehrstündigen Eingriffen unter Vollnarkose (z.B. Kreuzbandplastiken und Bruchoperationen). Die Zahl der ambulanten Operationen nimmt in den letzten Jahren stark zu. 1995 wurden im Westen insgesamt 2,8 Mio. ambulante Operationen in der Chirurgie und Orthopädie, aber auch in der Augen-, der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, der Urologie und der Gynäkologie bzw. Geburtshilfe durchgeführt. Von ambulanten Operationen erwartet man geringere Kosten, weil Krankenhausaufenthalte und Doppeldiagnostik vermieden werden. Allerdings muß die Nachsorge sichergestellt werden, um schwerwiegende Komplikationen zu vermeiden. Ungünstige Honorarentwicklungen behindern eine beschleunigte Ausweitung ambulanten Operierens.

97. Das Ziel der Weltgesundheitsorganisation, Zahnlosigkeit bei 35-44jährigen zu verhindern, ist im Westen erreicht. Allerdings hat in dieser Altersgruppe nur noch jeder fünfte Erwachsene ein vollbezahntes Gebiß. Zwar nimmt im späteren Alter der Anteil der Zahnlosen zu. Insgesamt weisen jedoch Zahnverlust und Zahnlosigkeit einen abnehmenden Trend auf. Zum *Zahnersatz* gehören Kronen und Brücken (fester Zahnersatz) und Teil- oder Totalprothesen (herausnehmbarer Zahnersatz). Im Osten ist fester Zahnersatz

dreimal seltener zum Lückenschluß eingesetzt, Überkronungen sind viermal seltener. Doppelt so viele Zahnlücken bleiben prothetisch unbehandelt. 1995 hat die GKV 7,4 Mrd. DM für prothetische Versorgung aufgewendet. Von den Versicherten wurden nochmals 4,7 Mrd. DM aufgebracht. Handlungsbedarf wird einerseits in einer stärkeren präventiven Orientierung in der Zahnmedizin gesehen, andererseits ist die Qualität der Zahnersatzversorgung zu verbessern.

8 Ausgaben, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens

Ausgaben und Kosten

98. 1994 wurden im Gesundheitssystem Deutschlands *Leistungen* in Höhe von 344,6 Mrd. DM (10,4% des Bruttoinlandsprodukts) erbracht. Davon entfielen beinahe 30% der *Ausgaben* auf die ärztliche Behandlung. Diese Ausgaben sind 1980-1994 im Westen deutlich geringer gestiegen (126%) als die Ausgaben für pflegerische und therapeutische Leistungen (211%); dies ist insbesondere eine Folge der Budgetierung und des daraus resultierenden Punktwertverfalls. Die Ausgaben für präventive Leistungen in Höhe von 15,6 Mrd. DM verteilten sich auf den öffentlichen Gesundheitsschutz (6,5 Mrd.), die Gesundheitsförderung (4,5 Mrd.) so-

wie auf Maßnahmen der Vorsorge und Früherkennung (2,9 Mrd. DM). Die ärztlichen Leistungen waren mit knapp 100 Mrd. DM der kostenintensivste Leistungsbereich. Für pflegerische und therapeutische Leistungen wurden insgesamt 68,4 Mrd. DM ausgegeben, hiervon kamen auf die pflegerischen Leistungen über zwei Drittel (ca. 69%). 25% der Ausgaben entfielen auf Arznei- und Hilfsmittel. Die Pflegeleistungen, hier insbesondere die Leistungen der ambulanten Pflege, und die Kranken- und Rettungstransporte sind die Ausgabenbereiche mit dem höchsten Zuwachs zwischen 1980 und 1994. Durch die Kostendämpfungsgesetze in der GKV hat sich das Wachstum der Gesundheitsausgaben in den achtziger im Vergleich zu den siebziger Jahren deutlich verlangsamt. Es ist allerdings zu erwarten, daß der Gesundheitssektor auch in Zukunft geringfügig stärker als die Gesamtwirtschaft wachsen wird.

99. Die *Leistungsausgaben* in der GKV sind *alters- und geschlechtsabhängig*. Während die Ausgaben bis zum Alter von sieben Jahren absinken, steigen sie danach kontinuierlich an. Frauen verursachen bis zum Alter von 51 Jahren höhere Ausgaben, danach Männer. Betrachtet man den Krankenhaussektor, so zeigt sich, daß mehr als 40% aller Krankenhaustage auf Personen entfallen, die 65 Jahre und älter sind. Die Altersabhängigkeit der Gesundheitsausgaben führt allgemein zu dem Schluß, daß die Erhöhung der Lebenserwartung für steigende Gesundheitsausgaben verantwortlich ist. Untersuchungen belegen hingegen den geringen Einfluß der steigenden Lebenserwartung. Vielmehr sind die Ausgaben für Krankenversorgung im letzten Lebensjahr entscheidend für den Zuwachs. Dies führt zu der Frage, ob es sinnvoll ist, das medizinisch Machbare auch immer durchzusetzen. Diese Frage ist allerdings weder nach medizinischen noch nach ethischen Gesichtspunkten eindeutig zu beantworten.

100. 1980-1994 waren die ambulante sowie die stationäre Versorgung die *ausgabenintensivsten Sektoren*. Die Einrichtungen der ambulanten Versorgung verursachten 1994 Ge-

sundheitsausgaben in Höhe von 152,2 Mrd. DM. Der stationäre und teilstationäre Sektor ist nach dem ambulanten Sektor mit 151,0 Mrd. DM der zweitgrößte Ausgabenbereich. Innerhalb dieses Blocks entfallen auf die Krankenhäuser ungefähr drei Viertel der Ausgaben.

101. Die Praxiskosten machten 1991 im Westen 57% des Umsatzes von Arztpraxen aus. Der entsprechende Kostenanteil bei den Zahnärzten lag bei 70%. Die durchschnittliche

Kostenbelastung hat im Zeitablauf zugenommen.

Mehr als die Hälfte der Gesamtkosten entfallen auf den Personaleinsatz.

Die *Kostenstrukturen* in Apotheken sind über die Zeit relativ stabil; es dominieren mit 65% ebenfalls die Personalkosten (einschließlich der kalkulierten Unternehmerlöhne der Inhaber). Auch Krankenhäuser erbringen personalintensive Dienstleistungen. Dem-

zufolge entfielen 1995 im Westen 68% der Gesamtkosten auf den Personalbereich. Die Hälfte der Sachkosten entfiel auf den medizinischen Bedarf. Im Zeitablauf sind die Kostenstrukturen der Krankenhäuser ebenfalls relativ stabil geblieben.

102. Bei einer *Krankheitskostenbetrachtung* müssen sowohl die direkten Kosten (Kosten für die Versorgung) als auch die indirekten Kosten (entgangene Wertschöpfung durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Tod) berücksichtigt werden. Bei den direkten Kosten zeigt sich, daß 1994 Krankheiten der Verdauungsorgane, des Skeletts, des Kreislaufsystems und psychiatrische Krankheiten mehr als die Hälfte der Gesamt-

kosten (344,6 Mrd. DM) auf sich vereinten. Mit rund 16% standen die Krankheiten der Verdauungsorgane an erster Stelle. Mehr als die Hälfte der direkten Krankheitskosten dieser Gruppe entfielen auf die Zahnbehandlung und den Zahnersatz. Rang 2 nahmen die Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes ein. Von den 43,5 Mrd. DM direkter Krankheitskosten dieser Gruppe entfiel fast die Hälfte auf die Dorsopathien. 42,6 Mrd. DM entfielen auf die Krankheiten des Kreislaufsystems. 29% der Kosten dieser Krankheitsgruppe entfielen auf die zerebrovaskulären Krankheiten, 14% auf den Herzinfarkt und 10% auf periphere arterielle Verschlusskrankheiten. Mit 37,7 Mrd. DM folgten die psychiatrischen Krankheiten. Die Auswirkungen von Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod lassen sich als verlorene Erwerbstätigkeitsjahre zusammenfassen und monetär bewerten. Diese indirekten Kosten machten 1994 rund 260 Mrd. DM aus. Rund ein Viertel der indirekten Krankheitskosten entfielen auf Verletzungen. Dies verdeutlicht das hohe Präventionspotential dieser Krankheitsgruppe. Fast die Hälfte der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre durch Verletzungen ging auf Arbeitsunfälle zurück; bei weiteren 17% waren Verkehrsunfälle, bei 16% Unfälle in Haus und Freizeit verantwortlich.

Einkommen und Preise

103. Von der *Einkommensentwicklung* der Gesundheitsberufe geht ein erheblicher Einfluß auf das Wachstum der Gesundheitsausgaben und damit auf die Finanzierung des Krankheitsrisikos aus. Die Gehaltssituation des Krankenpflegepersonals ist zwischen 1986 und 1995 hinter der von Angestellten in Industrie und Handel zurückgeblieben. Bei den niedergelassenen Ärzten hat sich der Reinertrag je Praxisinhaber unterschiedlich entwickelt. Während im Westen alle Ärzte zwischen 1979 und 1991 eine Steigerung des Reinertrags von 29% aufwiesen, waren es bei Allgemeinärzten nur 13%. Zahn-

arztpraxen mußten im Zeitraum sogar einen Reinertragsrückgang von 14% hinnehmen. Obgleich sich die Einkommenssituation der niedergelassenen Ärzte seit 1991 verschlechtert hat, liegen ärztliche Einkommen im Durchschnitt immer noch über den Werten anderer freier oder akademischer Berufe.

104. Der *Preisindex* für die Lebenshaltung im Westen stieg 1980-1995 um 51%. Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 2,8%. Im Vergleich hierzu stiegen die Medikamentenpreise (35%) und die Preise für ärztliche Dienstleistungen (40%) unterdurchschnittlich. Die Preise für Leistungen der Krankenhäuser liegen mit 58% leicht über dem Durchschnitt.

Finanzierung

105. Von den Gesamtausgaben für Gesundheit in Höhe von 344,6 Mrd. DM bestritt die GKV 1994 als größter *Ausgaben-träger* 61%. Die von der privaten Krankenversicherung bzw. den privaten Haushalten zu finanzierenden Ausgaben beliefen sich auf 8% bzw. 10%. Die Bedeutung der privaten Haushalte ist dabei von 1980-1994 deutlich gestiegen. Dagegen ist der Finanzierungsanteil der Arbeitgeber (außerhalb ihrer Sozialversicherungsbeiträge) kontinuierlich gesunken; er lag 1994 bei 4%.

106. Die privaten Haushalte tragen zur Finanzierung des Gesundheitswesens nicht nur als Beitrags- und Steuerzahler bei, sondern auch dadurch, daß sie für die von ihnen selbst

in Anspruch genommenen Gesundheitsgüter Zahlungen leisten. Im Rahmen der GKV haben die Versicherten *Zuzahlungen* für Zahnersatz, Arznei- und Verbandsmittel, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausbehandlung, Kuren, Rehabilitation und Fahrkosten zu leisten, die teils als feste DM-Beträge, teils als prozentuale Anteile an den Kosten fixiert sind. In allen betroffenen Leistungsbereichen sind seit 1980 die Zuzahlungen gestiegen. Der starke Anstieg der Zuzahlungen zwischen 1992 und 1994 geht zu 80% auf den Bereich der Arzneimittel zurück.

Mit ähnlich massiven Veränderungen muß als Folge der zum 1.7.1997 erneut erhöhten Arzneimittelzuzahlungen gerechnet werden. Die Selbstmedikation beansprucht nicht nur einen großen Anteil des von den Haushalten für Direktkäufe verwendeten Budgets, sondern sie ist auch ein quantitativ immer bedeutsameres Segment des Arzneimittelmarkts. Er hatte 1995 einen Marktanteil von insgesamt 18%. Vorwiegend ausländische

Studien kommen hinsichtlich der Selbstbeteiligung zu den folgenden auch empirisch abgesicherten Schlußfolgerungen: Selbstbeteiligung reduziert die Inanspruchnahme, wenn sie eine finanziell spürbare Größenordnung erreicht. Das Risiko negativer gesundheitlicher Auswirkungen für Bezieher niedriger Einkommen kann zumindest nicht ausgeschlossen werden. Selbstbehalte bewirken tendenziell eine relativ höhere Belastung kranker Versicherter, wenig verdienender Ver-

sicherter und Frauen im Vergleich zu gesunden und gut verdienenden Versicherten und Männern.

107. Zum überwiegenden Teil werden die Ausgaben im Gesundheitswesen durch *Beitragseinnahmen* finanziert. Die Beitragseinnahmen sind abhängig von der wirtschaftlichen Entwicklung, der Erwerbstätigkeit und gesetzlichen Regelungen. Da Gesundheitsleistungen weitgehend unabhängig von der wirtschaftlichen Entwicklung nachgefragt werden, kann sich im Konjunkturverlauf eine Stabilisierungsaufgabe ergeben. Für die GKV folgt daraus, daß in Phasen starker Rezession Beitragssatzsteigerungen, Leistungskürzungen oder eine Defizitfinanzierung unumgänglich sind. Ein wichtiges Ziel aller Reformbestrebungen im Gesundheitswesen ist deshalb die Stabilisierung der Einnahmen und die Eindämmung der Gesundheitsausgaben, um die Beiträge stabil zu halten. Die Entwicklung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes (1970: 8%; 1995:13%) zeigt, daß dieses Ziel im langfristigen Trend bisher nicht erreicht werden konnte.