

Abwertung älterer Menschen in beitrags- und steuerfinanzierten Gesundheitssystemen Europas

von Rahim Hajji¹ und Sabine Schulze²

ABSTRACT

Welchen Einfluss haben beitrags- und steuerfinanzierte Gesundheitssysteme auf die Abwertung von älteren Menschen und deren medizinischem Bedarf? Die Fragestellung ist aufgrund des demografischen Wandels und angesichts der steigenden Gesundheitsausgaben für Politik und Gesellschaft von besonderer Relevanz. In diesem Beitrag wird die Abwertung alter Menschen und ihres medizinischen Bedarfs als „gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung“ bezeichnet. Im Rahmen eines europäischen Ländervergleichs wurde auf Basis von Umfragedaten des European Social Survey eine empirische Analyse durchgeführt, um zu prüfen, welchen Einfluss die Finanzierung des Gesundheitssystems auf die gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung ausübt. Die bi- und multivariaten Ergebnisse zeigen, dass die gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung, das heißt die Abwertung älterer Menschen und ihres medizinischen Mehrbedarfs, in (primär) beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen stärker ausgeprägt ist als in (primär) steuerfinanzierten Gesundheitssystemen. Dieser Unterschied kann aus der in beitragsfinanzierten Systemen höheren Transparenz über die individuelle Finanzierungsbeteiligung an den gesamtgesellschaftlich zu tragenden Gesundheitsausgaben resultieren.

Schlüsselwörter: gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung, demografischer Wandel, beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme, steuerfinanzierte Gesundheitssysteme

What is the influence of contribution- and tax-financed health care systems on the depreciation of elderly people and their medical needs? In the face of demographic change and rising costs for health care services, this question is of high importance for politics and society. In this article the term “health-related age-discrimination” is used to label the depreciation of elderly people and their medical needs. Based on survey-data of the European Social Survey, an empirical cross-country analysis was conducted in order to measure the influence of the type of health care system on the so called health-related age-discrimination. The bi- and multivariate results reveal that health-related age-discrimination, or in other words, the depreciation of elderly people and their medical needs is significantly higher in (mainly) contribution-financed health care systems compared to health care systems which are (mainly) tax-financed. This difference could be a result of the higher transparency of the individual financial contribution to the health care expenditure carried by the whole society in health care systems that are contribution-financed.

Keywords: health-related age-discrimination, demographic change, contribution-financed health care systems, tax-financed health care systems

1 Einleitung

Vor einigen Jahren gab es in Deutschland eine virulente mediengestützte Debatte über die Frage, inwieweit es sich das

deutsche Krankenversicherungssystem vor dem Hintergrund des demografischen Wandels leisten könne, junge und alte Menschen gleichermaßen mit medizinischen Leistungen zu versorgen. Es ging dabei nicht nur um die gesundheits-

¹Dr. phil. Rahim Hajji, AOK Bundesverband/Geschäftsführungseinheit Finanzen – Abteilung Gesundheitsfonds, Morbi-RSA · Rosenthaler Straße 31 10178 Berlin · Telefon: 030 34646-2681 · Telefax: 030 34646-2722 · E-Mail: rahim.hajji@bv.aok.de

²Dipl.-Volkswirtin Sabine Schulze, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)/Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 34646-2126 · Telefax: 030 34646-2144 · E-Mail: sabine.schulze@wido.bv.aok.de

ökonomische Betrachtung, ob der demografische Wandel zu einem Wachstum der Gesundheitsausgaben führen wird. In der damaligen Debatte wurde a priori vorausgesetzt, dass sich aufgrund des demografischen Wandels in naher Zukunft die Ressource „Gesundheitsversorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung“ stark verknappen werde. Folglich könne sich die Allokation von Gesundheitsleistungen nicht mehr allein am Bedarfsprinzip ausrichten. In diesem Zusammenhang wurde unter anderem die Frage aufgeworfen, welcher Versorgungsbedarf älteren Menschen im Rahmen der Solidargemeinschaft (noch) zustehe. Unterschwellig wurde eine Debatte darüber geführt, wie es um die Solidarität mit alten Menschen in unserem Gesundheitssystem steht – und damit um die Bewertung des Generationenausgleichs als ein zentrales Merkmal der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dieser Beitrag greift diese Diskussion auf: Im Rahmen eines Ländervergleichs soll untersucht werden, ob und inwieweit ein Zusammenhang zwischen dem Gesundheitssystem eines Landes und der in der Gesellschaft des jeweiligen Landes vorzufindenden empfundenen Belastung des Gesundheitssystems durch alte Menschen (und somit einer Abwertung alter Menschen und ihres medizinischen Bedarfs) besteht. Die hier untersuchte Ausprägung der Altersdiskriminierung wird im Folgenden als „gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung“ bezeichnet. Bisher liegen keine Arbeiten dazu vor, in welchem Ausmaß und unter welchen Bedingungen alte Menschen in Gesundheitssystemen Europas gesundheitsbezogen diskriminiert werden. Damit wird der Begriff der Altersdiskriminierung, der vor allem im Rahmen der Arbeitsmarktforschung (*Finkelstein und Burke 1995*) angewendet wird, in das Feld der Gesundheitssystemforschung eingeführt. Für die vergleichende Analyse werden Länder berücksichtigt, die über ein kostenintensives und solidarisch finanziertes Gesundheitssystem verfügen. Dabei werden individuelle und länderspezifische Bedingungen berücksichtigt, um erklären zu können, ob die vorzufindende gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung von bestimmten Eigenschaften des jeweiligen Gesundheitssystems abhängt.

2 Theoretische Überlegungen

Im vorliegenden Beitrag wird die gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung als ein Stereotyp verstanden. Dieses Vorurteil betrifft alte Menschen, denen pauschal eine hohe Morbidität und daraus abgeleitet hohe Versorgungskosten zugeschrieben werden. Es bietet sich daher an, theoretische Erklärungsmodelle aus der Vorurteilsforschung aufzugreifen. Stereotype und Vorurteile werden als kognitive Repräsentationen von Personen und Personengruppen verstanden, denen bestimmte Attribute zugeschrieben werden (*Macrae und Bodenhausen 2000*), um in einer unübersichtlichen Umwelt

durch das Anlegen von Kategorien handlungsfähig zu sein. Demnach sind Stereotype als Ergebnis von Informationsverarbeitungsprozessen zu verstehen, die auf unvollständigen Informationen beruhen. Ziel dieses Kapitels ist es, diesen Aspekt in einen Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem zu bringen.

In der Gesundheitssystemforschung wird zwischen (vorwiegend) steuer-, beitrags- und privatfinanzierten Gesundheitssystemen unterschieden (*Wendt et al. 2009*). Für die vorliegende Untersuchung sollen steuer- und beitragsfinanzierte Gesundheitswesen analysiert werden, da in diesen das Solidarprinzip eine tragende Rolle bei der Finanzierung der medizinischen Leistungsausgaben spielt.

Der Beitrag beruht auf zwei Kernprämissen. Die eine lautet, dass die Bürger in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen nicht wissen, wie hoch ihr Beitrag zur Finanzierung des Gesundheitssystems ist, solange das Prinzip der Non-Affektation gilt, also keine explizite „Gesundheitssteuer“ erhoben wird. Die zweite Annahme besagt, dass im Gegensatz dazu die Bürger in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen durch die Zahlung eines konkreten Krankenversicherungsbeitrags über ihren Finanzierungsbeitrag zum Gesundheitssystem informiert sind. Daher ist anzunehmen, dass in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen das Stereotyp des alten und teuer zu versorgenden Menschen eher verbreitet sein wird als in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen. Aus diesen Vorüberlegungen lässt sich die folgende, empirisch prüfbare Kernhypothese des Artikels ableiten: In primär beitragsfinanzierten Gesundheitswesen ist die gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung stärker ausgeprägt als in primär steuerfinanzierten Gesundheitssystemen.

Da die Diskriminierung von alten Menschen nicht nur mit länderspezifischen Merkmalen des Gesundheitssystems erklärt werden soll, werden weitere Faktoren in die Analyse einbezogen. Das Alter, das Geschlecht, der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand, das Haushaltseinkommen, der Bildungsabschluss, Sympathien für und bestehende Freundschaften mit alten Menschen werden als erklärende Faktoren ebenfalls berücksichtigt.

Aufgrund der eingeschränkten Datenlage können in diesem Beitrag nur wenige Theorien für die empirische Überprüfung der gesundheitsbezogenen Altersdiskriminierung herangezogen werden (Tabelle 1). Dazu gehören die Social Identity Theory, die relative Deprivationstheorie und die Kontakthypothese. Leider lassen sich die Theorien nicht immer eindeutig den benannten Faktoren zuordnen. In nicht eindeutigen Fällen werden die Hypothesen daher in beiden theoretischen Richtungen ausformuliert. Die Social Identity Theory (*Brown 2000; Turner 1999*) beruht auf der Annahme, dass eine Identifikation mit der Eigengruppe zur Bewahrung

einer positiven sozialen Identität beiträgt. In Anlehnung daran lässt sich annehmen, dass Menschen mit zunehmendem Alter – bedingt durch die stärkere Identifikation mit der Gruppe der alten Menschen – eher eine geringere gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung als jüngere Menschen entwickeln werden. Auf Grundlage der relativen Deprivationstheorie (Runciman 1966; Crosby 1976) kann jedoch eine entgegengesetzte Hypothese formuliert werden: Demnach kann sich bei individuellen Vergleichsprozessen ein Gefühl der Unzufriedenheit und der relativen Benachteiligung einstellen, das zu einer Abwertung anderer Menschen führen kann. Auf der Grundlage dieses Ansatzes wäre anzunehmen, dass alte Menschen aufgrund ihres gegebenenfalls eigenen Bedarfs an medizinischen Leistungen eher dazu neigen, andere alte Menschen zu diskriminieren, da sie befürchten, dass diese medizinische Ressourcen verbrauchen könnten, die ihnen selbst im Bedarfsfall dann nicht mehr zur Verfügung stünden.

Beide Erklärungsansätze lassen sich auch auf Menschen mit einem schlechten Gesundheitszustand übertragen: Aus der Theorie der egoistischen relativen Deprivation kann abgeleitet werden, dass Menschen mit einem schlechten Gesundheitszustand aufgrund einer empfundenen Mittelknappheit alte Menschen wegen des ihnen zugeschriebenen medizinischen Mehrbedarfs diskriminieren. Im Gegensatz dazu kann auf der Basis der Social Identity Theory erwartet werden, dass Menschen in einer schlechten gesundheitlichen Lebenslage sich eher mit alten Menschen identifizieren und daher eine geringere gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung entwickeln.

Die Verknüpfung der Variable Alter mit dem subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand dürfte zusätzliches Potenzial für die Erklärung gesundheitsbezogener Altersdiskriminierung besitzen, denn Alter und subjektiver Gesundheitszustand stellen bei getrennter Betrachtung jeweils nur einen Teil der Identität mit der Personengruppe der alten und kranken Menschen her. Eine Verknüpfung zu einer Interaktionsvariablen ermöglicht es, die Annahme zu überprüfen, dass alte und kranke Menschen gemäß der Social Identity Theory danach streben, eine positive Gruppenidentität von sich zu zeichnen und deshalb eine geringe gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung zum Ausdruck bringen. Legt man hingegen die eher egoistische relative Deprivationstheorie zugrunde, wäre das genaue Gegenteil anzunehmen: Alte und kranke Menschen würden demnach eine stärkere gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung zeigen, weil sie befürchten müssen, dass andere alte Menschen einen hohen medizinischen Bedarf entwickeln und damit ihre eigene medizinische Versorgung nicht ausreichend sichergestellt wäre. Die egoistische relative Deprivationstheorie erlaubt zudem die Integration der Faktoren Haushaltseinkommen und Bildungsniveau: Menschen mit einem geringen Einkommen

und einem niedrigeren Bildungsstand dürften sich aufgrund ihrer geringen Ressourcenausstattung in verschiedenen Lebensbereichen einer Situation der Konkurrenz um knappe Güter ausgesetzt sehen. Deshalb werden sie eher dazu neigen, alte Menschen zu diskriminieren, weil diese das aus ihrer Sicht knappe Gut der medizinischen Versorgung aufbrauchen. Demgegenüber könnte jedoch auch argumentiert werden, dass insbesondere Menschen mit einem hohen Bildungsniveau und einem hohen Einkommen eine stärkere gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung entwickeln, da ihnen eher bekannt sein dürfte, dass alte Menschen eine durchschnittlich höhere Morbidität aufweisen, folglich das Gesundheitssystem stärker belasten können und sie selbst dafür, absolut betrachtet, eine hohe Finanzierungslast zu tragen haben.

Die Kontakthypothese (Pettigrew 1998; Allport 1954) ist ein weiteres wichtiges theoretisches Modell aus der Vorurteilsforschung, das zur Erklärung von gesundheitsbezogener Altersdiskriminierung verwendet werden kann. Danach führen soziale Kontakte zu einem Abbau von Vorurteilen. Kontakterfahrungen mit Outgroups – mit Gruppen also, mit denen die betreffende Person kein „Wir-Gefühl“ verbindet – ermöglichen Lernprozesse und die Entstehung von emotionalen Bindungen, die zur Relativierung von Gruppenidentitäten führen. Diese Mechanismen tragen nach den theoretischen Überlegungen von Pettigrew et al. (1998) zum Abbau von Generalisierungen und folglich zur Minderung von Vorurteilen bei. Daraus kann abgeleitet werden, dass Sympathie für und Freundschaften mit alten Menschen mit einem geringeren Grad an gesundheitsbezogener Altersdiskriminierung einhergehen.

In Bezug auf das Geschlecht weist die Vorurteilsforschung sehr unterschiedliche Ergebnisse aus. Die Untersuchung von Ekehammar et al. kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen eher zu impliziten, also unbewussten Vorurteilen neigen, während Männer eher explizite Vorurteile pflegen (Ekehammar et al. 2003). Huges et al. finden in ihrer Untersuchung hingegen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Entwicklung von Vorurteilen (Hughes et al. 2003). Johnson et al. argumentieren, dass Frauen aufgrund ihrer affektiven Beziehungen und ihrer Fremdorientierung eine geringere Ausprägung von Vorurteilen entwickeln, und können empirisch zeigen, dass Frauen weniger Vorurteile äußern als Männer (Johnson und Marini 1998). Angesichts des uneinheitlichen Forschungsstands lassen sich drei Hypothesen für den Faktor Geschlecht formulieren. Erstens: Frauen neigen eher dazu, alte Menschen zu diskriminieren. Zweitens: Männer neigen eher dazu, alte Menschen zu diskriminieren. Drittens: Es gibt keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Ausprägung von Vorurteilen. Ergänzend zu den genannten erklärenden Faktoren werden noch Kontrollvariablen wie Erwerbsstatus und Familienstand für das Modell berücksichtigt.

TABELLE 1

Übersicht über die theoretischen Überlegungen zur gesundheitsbezogenen Altersdiskriminierung

Gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung		
Kernhypothese	Die Finanzierung des Gesundheitssystems beeinflusst die gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung.	
Weitere geprüfte Erklärungsansätze	Theorie	Erläuterung
	Social Identity Theory	Die Identifikation mit der Eigengruppe beeinflusst die soziale Identität und die Ausprägung der Diskriminierung von Menschen aus der Eigengruppe.
	Theorie der egoistischen relativen Deprivation	Individuelle Vergleichsprozesse können zu persönlicher Unzufriedenheit und so zu einer Abwertung der Vergleichsgruppe führen.
	Kontakthypothese	Die Kontaktintensität mit Menschen aus der in Frage stehenden Gruppe beeinflusst die Ausprägung von Vorurteilen.
	Geschlechterforschung	Bei Frauen und Männern bestehen unterschiedliche Neigungen zu Vorurteilen und Diskriminierung.

Quelle: eigene Darstellung, Grafik: G+G Wissenschaft 2011

3 Methodik

3.1 Datengrundlage

Der European Social Survey – eine seit dem Jahr 2002 alle zwei Jahre europaweit durchgeführte Bevölkerungsumfrage – bietet die Möglichkeit, die theoretischen Überlegungen anhand empirischer Daten zu prüfen. Denn in der letzten Befragungswelle (2008) war die Altersdiskriminierung ein Schwerpunktthema. An der Umfrage haben 30 europäische Länder teilgenommen. Zu den Teilnehmerländern zählten: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Israel, Kroatien, Lettland, Litauen, Niederlande, Norwegen, Polen, Portugal, Rumänien, Russland, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik, Türkei, Ukraine, Ungarn und Zypern.

3.2 Auswahl der Länder

Für einen kontrollierten europäischen Vergleich gilt es, Länder auszuwählen, die sich zum einen aufgrund eines hohen

medizinischen Ausgabenvolumens und zum anderen hinsichtlich des wirtschaftlichen Leistungsniveaus weitestgehend ähneln. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass sich die individuelle Belastung zwischen den beitrags- und steuerfinanzierten Gesundheitssystemen nicht stark unterscheidet. Innerhalb des Länder-Samples soll außerdem ausreichende Varianz hinsichtlich des Gesundheitssystems bestehen. Indem andere länderspezifische Faktoren, gemessen an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, durch die Vorauswahl konstant gehalten werden, soll diese Länderauswahl ermöglichen, die länderspezifischen Unterschiede bei der Diskriminierung von alten Menschen auf das Gesundheitssystem zurückzuführen.

Die World Health Statistics der WHO¹ bieten umfangreiche Daten, um die Vergleichbarkeit der Länder zu bewerten. Tabelle 2 stellt aus der World Health Statistics ausgewählte Merkmale für die Teilnehmer am European Social Survey dar. Am Bruttoinlandsprodukt pro Kopf gemessen weisen Norwegen, die Schweiz, die Niederlande, Irland, Schweden, Dänemark, Belgien, Finnland, Großbritannien, Frankreich und Deutschland im Vergleich zu den übrigen Ländern eine höhere wirtschaftliche Leistungsfähigkeit auf. Betrachtet

TABELLE 2

Beschreibende Merkmale für die Teilnehmerländer am European Social Survey

Land	Einwohner (in Tsd.)	Bruttoinlandsprodukt pro Kopf (in PPP\$*)	Ausgaben pro Kopf für Gesundheit (in \$)
Norwegen	4.698	53.320	6.267
Schweiz	7.484	43.870	5.660
Niederlande	16.419	39.310	3.872
Irland	4.301	37.090	3.871
Schweden	9.119	36.590	3.973
Dänemark	5.442	36.300	5.447
Belgien	10.457	34.790	3.726
Finnland	5.277	34.550	3.232
Großbritannien	60.769	33.800	3.332
Frankreich	61.647	33.600	3.937
Deutschland	82.599	33.530	3.718
Griechenland	11.147	32.330	2.280
Spanien	44.279	30.820	2.328
Slowenien	2.002	26.640	1.607
Zypern	855	26.370	1.459
Israel	6.928	25.930	1.675
Tschechische Republik	10.186	22.020	953
Portugal	10.623	20.890	1.864
Estland	1.335	19.810	632
Slowakei	5.390	19.340	735
Ungarn	10.030	17.210	929
Litauen	3.390	17.180	547
Lettland	2.277	16.890	582
Polen	38.082	15.330	555
Kroatien	4.555	15.050	790
Russland	142.499	14.400	367
Türkei	74.877	12.350	352
Bulgarien	7.639	11.180	297
Rumänien	21.438	10.980	256
Ukraine	46.205	6.810	160

* PPP\$: Der Umrechnungsfaktor PPP\$ (purchasing power parity) ermöglicht den Kaufkraftvergleich zwischen verschiedenen Währungsräumen. Er gibt an, wie viele Einheiten der jeweiligen Landeswährung nötig wären, um einen repräsentativen Warenkorb zu kaufen, der in den USA einen US-Dollar kostet.

Quelle: Statistische Daten entnommen aus der World Health Statistics 2009, Berichtszeitraum 2007; Grafik: G+G Wissenschaft 2011

man die Gesundheitsausgaben pro Kopf, zeigt sich, dass in diesen Ländern die Pro-Kopf-Ausgaben höher liegen als in den anderen. Für die vorliegende Untersuchung sollen daher Norwegen, die Schweiz, die Niederlande, Irland, Schweden, Dänemark, Belgien, Finnland, Großbritannien, Frankreich und Deutschland zugrunde gelegt werden, da ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit sowie ihre medizinischen Leistungsausgaben vergleichbar sind.

Hinsichtlich des Gesundheitssystems unterscheiden sich die Länder, wie für die Untersuchung gewünscht, voneinander. Norwegen, Finnland, Schweden, Dänemark, Großbritannien und Irland werden als Länder mit einem primär steuerfinanzierten Gesundheitssystem betrachtet, während Deutschland, Frankreich, die Schweiz, die Niederlande und Belgien als Länder mit einem primär beitragsfinanzierten Gesundheitssystem eingestuft werden.² Im Hinblick auf die Zuordnung eines Landes in die Kategorie der beitrags- oder der steuerfinanzierten Gesundheitssysteme galt es aufgrund der häufig bestehenden Varianten von Mischfinanzierungen zu berücksichtigen, dass es sich bei den Gesundheitssystemen dennoch stets um ein primär beitragsfinanziertes System handelt. Im Folgenden wird daher vereinfachend nur von beitrags- respektive steuerfinanzierten Gesundheitssystemen gesprochen.

3.3 Messinstrumente

Zur Messung der gesundheitsbezogenen Altersdiskriminierung bietet sich im European Social Survey folgende Frage an: „Bitte sagen Sie mir, inwieweit Sie denken, dass Menschen über 70 Jahre in der Gegenwart eine Belastung für das Gesundheitssystem in [Land] sind.“ Die Frage wurde anhand einer zehnstufigen Skala beantwortet (0 = stellen keine Belastung dar; 10 = stellen eine große Belastung dar). Der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand wurde mit der Frage „Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand ein? Würden Sie sagen sehr gut, gut, teils/teils, schlecht oder sehr schlecht?“ (Antwortkategorien: 1 = sehr gut; 5 = sehr schlecht) erhoben. Die Sympathie respektive Freundschaften mit alten Menschen wurden mithilfe der beiden folgenden Fragen messbar gemacht: „Wie stark hegen Sie insgesamt betrachtet negative oder positive Gefühle gegenüber Menschen, die über 70 Jahre sind?“ (Antwortkategorien: 1 = extrem negative; 10 = extrem positive) sowie „Wie viele Freunde, abgesehen von Familienangehörigen, haben Sie,

die älter sind als 70 Jahre?“ (Antwortkategorien: keine, 1, 2–5, 6–9, 10+). Die beiden Items wurden anhand einer Faktorenanalyse zu einem Indikator zusammengefasst; hohe Faktorwerte weisen auf eine ausgeprägte Sympathie und auf eine Vielzahl von Freundschaften mit alten Menschen hin. Die Merkmale Alter, Geschlecht, Haushaltseinkommen, Bildungsniveau, Familienstand und Tätigkeitsstatus wurden standardmäßig im soziodemografischen Teil der Befragung erhoben. Das Geschlecht des Befragten wurde durch den Interviewer während der Befragung notiert. Auch das Geburtsjahr, das monatliche Haushaltseinkommen abzüglich der Steuern und der gesetzlichen Abzüge sowie der aktuelle Familienstand wurden erfasst. Die Frage nach dem Tätigkeitsstatus wurde mit der Frage erfasst, was der Befragte in den letzten sieben Tagen getan hat. Mittels einer zehnstufigen Antwortskala konnte der Befragte sein Einkommen einer Einkommensklasse zuordnen. Außerdem konnte der Befragte auf einer siebenstufigen Antwortskala seinen höchsten erreichten Bildungsabschluss angeben.

4 Ergebnisse

4.1 Deskriptive Ergebnisse

Tabelle 3 zeigt die Mittelwerte für den Indikator zur Messung der gesundheitsbezogenen Altersdiskriminierung für die ausgewählten Länder. Betrachtet man die ausgewiesenen Mittelwerte nach dem Typ des Gesundheitssystems, zeigt sich, dass der Indikator für gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung in Ländern mit einem steuerfinanzierten Gesundheitssystem eine geringere Ausprägung aufweist als in Ländern mit einem beitragsfinanzierten Gesundheitssystem.

Vergleicht man die Länder miteinander, so weisen die Niederlande als einziges Land mit einem beitragsfinanzierten Gesundheitswesen einen geringeren Mittelwert aus als Schweden, das Land mit dem höchsten Mittelwert unter den Ländern mit einem steuerfinanzierten Gesundheitssystem. Die Mittelwerte der übrigen Länder verhalten sich wie angenommen. Diese Ergebnisse scheinen auf den ersten Blick weitestgehend die These zu stützen, dass in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen die Altersdiskriminierung geringer ausgeprägt ist als in Ländern mit einem beitragsfinanzierten Gesundheitssystem.

¹Die World Health Organization gibt seit 2005 jährlich Berichte zur Entwicklung des Gesundheitsbereichs heraus. Auf der Internetseite <http://www.who.int/whosis/whostat/en/> lassen sich aktuelle statistische Daten zum Bereich der Gesundheit downloaden.

²Die Länderberichte mit dem Namen health system profiles (HITs) des Forschungsinstituts „European Observatory on Health Systems and Policies“ stellen die Grundlage für die Kategorisierung der Gesundheitssysteme dar. Die Länderberichte finden sich auf der Internetseite: <http://www.euro.who.int/observatory>

TABELLE 3

Mittelwerte zur gesundheitsbezogenen Altersdiskriminierung

Gesundheitssystem	Länder	Mittelwert	Standardabweichung	Anzahl Befragter
Steuerfinanziertes Gesundheitssystem	Irland	3,81	2,59	348
	Großbritannien	4,33	2,59	4.973
	Finnland	4,43	2,46	435
	Norwegen	4,55	2,41	381
	Dänemark	4,91	2,45	437
	Schweden	5,26	2,47	472
	alle Länder	4,45	2,57	7.316
Beitragsfinanziertes Gesundheitssystem	Niederlande	5,22	2,33	1.327
	Belgien	5,57	2,14	883
	Frankreich	6,13	2,01	5.032
	Deutschland	6,14	2,34	6.992
	Schweiz	6,21	2,14	633
	alle Länder	6,03	2,29	14.867

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis des European Social Survey von 2008; Grafik: G+G Wissenschaft 2011

Frage: „Bitte sagen Sie mir, inwieweit Sie denken, dass Menschen über 70 Jahre in der Gegenwart eine Belastung für das Gesundheitssystem in [Land] sind?“

Antwortkategorien: 0 = stellen keine Belastung dar, 10 = stellen eine große Belastung dar

Der Mittelwert gibt den Durchschnittswert an, der von den Befragten geäußert wird. Die Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen sind signifikant ($p < 0,001$).

4.2 Multivariate Ergebnisse

Im nächsten Schritt ist eine multivariate Regressionsanalyse (siehe Tabelle 4) spezifiziert worden, um zu überprüfen, ob die signifikanten bivariaten Ergebnisse einer gesundheits-

bezogenen Altersdiskriminierung auch Bestand haben, wenn weitere erklärende Merkmale kontrolliert werden. Das Ergebnis der Regression zeigt, dass Menschen, die in Ländern mit einem steuerfinanzierten Gesundheitssystem leben, eine niedrigere gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung ent-

wickeln als Menschen, die in einem Land mit einem beitragsfinanzierten Gesundheitssystem leben. So erhöht sich die gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung um 1,54 Einheiten auf der zugrundeliegenden zehnstufigen Skala, wenn der Befragte aus einem Land mit einem beitragsfinanzierten Gesundheitssystem stammt. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass Frauen eher zu einer gesundheitsbezogenen Altersdiskriminierung neigen als Männer. Das Alter beeinflusst ebenfalls in einem signifikanten Ausmaß die gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung: Ältere Menschen neigen eher dazu, alte Menschen zu diskriminieren. Der subjektive Gesundheitszustand steht in einem signifikanten negativen Verhältnis zur Altersdiskriminierung: Befragte, die ihre eigene Gesundheit als schlecht einschätzen, tendieren eher dazu, alte Menschen nicht zu diskriminieren. Verknüpft man den subjektiven Gesundheitszustand der Befragten mit ihrem Alter zu einem Interaktionseffekt, dann zeigt sich, dass dieser in einem signifikanten Beziehungsverhältnis zur gesundheitsbezogenen Altersdiskriminierung steht: Je älter ein Mensch ist und je schlechter er seinen eigenen Gesundheitszustand einschätzt, desto eher neigt er dazu, alte Menschen zu diskriminieren. Auch Haushaltseinkommen und Bildungsniveau stehen in einer positiven signifikanten Beziehung zur gesundheitsbezogenen Altersdiskriminierung. Menschen, die über ein hohes Einkommen und/oder über ein hohes Bildungsniveau verfügen, tendieren eher dazu, alte Menschen gesundheitsbezogen zu diskriminieren. Der Faktor Verbundenheit mit alten Menschen, der sich aus den beiden Items Sympathie für und Freundschaft mit alten Menschen zusammensetzt, weist ein negatives signifikantes Verhältnis zur Altersdiskriminierung auf. Wer Freundschaften mit alten Menschen pflegt und Sympathien für sie hegt, neigt demnach weniger zu einer gesundheitsbezogenen Altersdiskriminierung.

5 Diskussion

Die bi- und multivariaten Ergebnisse weisen daraufhin, dass das Gesundheitssystem einen Einfluss auf die Altersdiskriminierung hat und somit von einer gesundheitsbezogenen Altersdiskriminierung gesprochen werden kann. Wie eingangs hergeleitet, besteht in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen durch die Erhebung von expliziten Beiträgen eine höhere Transparenz über die individuelle Belastung bei der Finanzierung des Gesundheitssystems. Die empirischen Ergebnisse dieses Beitrags bestätigen, dass es in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen eine stärker ausgeprägte Altersdiskriminierung gibt. In steuerfinanzierten Gesundheitssystemen ist die Altersdiskriminierung geringer ausgeprägt. Das Alter der Befragten und der Interaktionseffekt zwischen Alter und subjektiv wahrgenommenem Gesundheitszustand stehen in einem positiven signifikanten Zusammenhang mit der Altersdiskriminierung. Damit wird die These gestützt, dass alte

ranke Menschen andere alte Menschen aus deprivations-theoretischen Überlegungen abwerten – möglicherweise, weil sie erwarten, dass sie mit ihnen um das knappe Gut medizinischer Leistungen konkurrieren. Menschen, die ihren Gesundheitszustand subjektiv als schlecht wahrnehmen, neigen im Vergleich zu Menschen, die sich gesünder fühlen, dazu, alte Menschen in einem geringen Maße abzuwerten. Dies stützt die theoretischen Überlegungen der Social Identity Theory: Würden Menschen mit einer schlechteren gesundheitlichen Verfassung alte Menschen abwerten, weil sie ihnen einen hohen medizinischen Leistungsbedarf zuschreiben, dann müssten diese Menschen sich selbst wegen ihrer schlechten gesundheitlichen Verfassung ebenfalls abwerten.

Die Variablen Bildung und Haushaltseinkommen haben hingegen einen positiven signifikanten Einfluss auf die gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung. Dies lässt sich damit erklären, dass Menschen mit einem hohen Bildungsniveau in der Regel über ein hohes Haushaltseinkommen verfügen und damit einen höheren finanziellen Solidarbeitrag leisten. Zudem kann man annehmen, dass sie besser über die Situation der Ressourcenknappheit im Gesundheitssystem informiert sind. Aus diesen Gründen könnte erklärt werden, warum Menschen mit einem hohen Bildungsniveau und mit einem hohen Einkommen alte Menschen eher abwerten. Die Ergebnisse der Untersuchung bestätigen auch die eingangs formulierte Kontakthypothese, wonach das Hegen von Sympathie für und das Pflegen von Freundschaften mit alten Menschen einen mindernden Einfluss auf die Altersdiskriminierung ausüben.

6 Zusammenfassung und Ausblick

Die Kernfrage des Artikels war es zu klären, unter welchen gesellschaftlichen Bedingungen und in welchem Ausmaß gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung besteht und welchen expliziten Einfluss dabei die Finanzierung des Gesundheitssystems über Steuern oder über Beiträge hat. Die empirische Analyse konzentrierte sich auf Länder, die eine ähnliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit besitzen, hohe Gesundheitsausgaben aufweisen und über ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem (steuer- oder beitragsfinanziert) verfügen. Für die Analyse wurden sowohl länderspezifische als auch individuelle erklärende Faktoren berücksichtigt. Dabei galt es, die Frage der Art der Finanzierung des Gesundheitssystems mit der gesundheitsbezogenen Altersdiskriminierung zu verknüpfen. Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass in der Tat eine vom Gesundheitssystem abhängige Altersdiskriminierung nachweisbar ist und somit von einer gesundheitsbezogenen Altersdiskriminierung gesprochen werden kann. Diese Diskriminierung ist in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen stärker ausgeprägt als in

TABELLE 4

Regressionsanalyse zur Erklärung der gesundheitsbezogenen Altersdiskriminierung

Unabhängige Variablen	Regressionskoeffizienten	Signifikanz (p)	p =
Soziodemografische Faktoren			
● Geschlecht (Ref. Männer)	0,1073	***	0,00
● Alter	0,0097	***	0,00
Gesundheitszustand			
● subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand	-0,0768	***	0,00
● subjektiv wahrgenommener Gesundheitszustand und Alter	0,0027	*	0,01
Sozialer Status			
● Haushaltseinkommen	0,0205	**	0,00
● keine Angabe zum Haushaltseinkommen	0,0528	n.s.	0,38
● Bildungsniveau	0,0896	***	0,00
Beziehungen zu alten Menschen			
● Faktor Verbundenheit (Sympathie/Freundschaft) mit alten Menschen	-0,3741	***	0,00
Tätigkeitsstatus (Referenzkategorie: Rentner/-in)			
● erwerbstätig	-0,1025	*	0,03
● arbeitslos	0,0257	n.s.	0,77
● in schulischer/beruflicher Ausbildung	0,1818	*	0,03
● krankgeschrieben	-0,1964	n.s.	0,06
● Sonstiges	-0,3391	*	0,02
Familienstatus (Referenzkategorie: verwitwet)			
● getrennt lebend	-0,1472	n.s.	0,08
● in Partnerschaft lebend	-0,0979	n.s.	0,17
● ledig	-0,1005	n.s.	0,23
Gesundheitssystem (Referenzkategorie: staatl. finanziertes Gesundheitssystem)			
● beitragsfinanzierte Gesundheitssysteme	1,5433	***	0,00
Konstante	2,5119	***	0,00

*** p < 0,001 | ** p < 0,01 | * p < 0,05 | R² = 0,095

Regressionskoeffizienten spiegeln den Einfluss der unabhängigen Variablen wie Geschlecht, Alter oder Gesundheitssystem auf das Ausmaß der gesundheitsbezogenen Altersdiskriminierung wider. Je kleiner die Irrtumswahrscheinlichkeit (p) ist, desto unwahrscheinlicher ist es, dass es sich dabei um einen rein zufälligen Zusammenhang handelt. R² ist ein Gütemaß zur Beurteilung der Schätzgenauigkeit der Regressionsanalyse.

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis des European Social Survey von 2008; Grafik: G+G Wissenschaft 2011

steuerfinanzierten. Dieses Ergebnis könnte darauf zurückgeführt werden, dass in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen aufgrund der expliziten Beitragserhebung eine höhere Transparenz über den individuellen Anteil an der Finanzierung der gesamtgesellschaftlich zu tragenden Gesundheitsausgaben besteht.

Die Ergebnisse dürfen jedoch keinesfalls dazu verleiten, aus ihnen heraus eine (allgemeine) Überlegenheit steuerfinanzierter gegenüber beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen zu postulieren. Ziel des vorliegenden Beitrags war es allein, mögliche Gründe einer gemessenen Abwertung des medizinischen Leistungsbedarfs älterer Menschen – sprich: einer gesundheitsbezogenen Altersdiskriminierung – in beitrags- und in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen einzuordnen. Andere zentrale Bewertungsfaktoren für eine vergleichende Analyse von beitrags- versus steuerfinanzierten Gesundheitssystemen, wie etwa Fragen der Stabilität, Nachhaltigkeit oder Gerechtigkeit der Finanzierung, blieben ebenso unberücksichtigt wie Fragen der leistungsseitigen Zugangs- und Bedarfsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung (alter Menschen) in beitrags- und in steuerfinanzierten Systemen.

Zudem dürfen die Ergebnisse auch nicht dahingehend interpretiert werden, dass die stärkere gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung in beitragsfinanzierten Systemen ausschließlich durch die in diesen Systemen höhere Transparenz der finanziellen Belastung beeinflusst sein kann. Dies ist eine erste These, die es empirisch noch weiter zu validieren und zu ergänzen gilt. Es könnten durchaus weitere Faktoren dazu beitragen, dass in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen die gesundheitsbezogene Altersdiskriminierung stärker verbreitet ist als in steuerfinanzierten Systemen. In weiterführenden Untersuchungen sollten daher ergänzende grundsätzliche Charakteristika von Gesundheitssystemen mitberücksichtigt werden, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht einbezogen werden konnten. Dazu zählen unter anderem eine genaue Berücksichtigung der jeweiligen Ausgestaltung des Leistungskatalogs in den einzelnen Ländern (vor allem auch im Hinblick auf die Frage von expliziter [Alters-]Rationierung) sowie des allgemeinen Zugangs der Bevölkerung zu medizinischen Versorgungsleistungen. Auch eine Ermittlung der im jeweiligen Land bestehenden finanziellen Gesamtbelastung der Bürger durch Gesundheitsausgaben (etwa durch Zuzahlungen für die Inanspruchnahme von Leistungen, private Gesundheitsausgaben für vom Gesundheitssystem nicht abgedeckte Leistungen) könnten wichtige Erklärungsansätze liefern.

Im Rahmen der Faktoren, die jenseits von potenziellen weiteren systematischen und unsystematischen Charakteristika beitrags- und steuerfinanzierter Gesundheitssysteme eine Rolle spielen können, wäre zum Beispiel die mediale Aufbereitung der Probleme des demografischen Wandels

(siehe die Debatte in Deutschland in 2003) sowie die Frage der tatsächlichen und der von den Bürgern empfundenen politischen und wirtschaftlichen Gestaltungsfreiräume in einer zunehmend alternden Gesellschaft zu beachten. Dabei wäre zu bedenken, dass nicht nur der demografische Wandel Belastungseffekte für die sozialen Sicherungssysteme – hier für das Gesundheitssystem – mit sich bringt und deshalb gegebenenfalls politische Maßnahmen erfordert, sondern dass auch umgekehrt die Alterung der Bevölkerung (gesundheits-)politische Entscheidungen beeinflussen kann (*Sinn und Übermesser 2000; Schmähl 2001*). Diese Frage beziehungsweise gar die Angst vor einer „Gerontokratie“ und deren potenziellen Folgen, die bis hin zum expliziten Entzug der jungen Menschen aus ihrer Solidaritätsverpflichtung (etwa durch Abwanderung) führen können, können weitere Einflussfaktoren einer gesundheitsbezogenen Altersdiskriminierung darstellen.

Literatur

Allport GW (1954): The nature of prejudice. Cambridge, MA: Addison-Wesley

Brown R (2000): Social Identity Theory: past achievements, current problems and future challenges. *European Journal of Social Psychology*, Jg. 29, 634–667

Crosby F (1976): A model of egoistical relative deprivation. *Psychological Review*, Jg. 83, 85–113

Ekehammar B, Akrami N, Araya T (2003): Gender differences in implicit prejudice. *Personality and Individual Differences*, Jg. 34, 1509–1523

Finkelstein LM, Burke MJ (1995): Age Discrimination in Simulated Employment Contexts: An Integrative Analysis. *Journal of Applied Psychology*, Jg. 80, Heft 6, 652–663

Hughes M, Tuch S (2003): Gender Differences in Whites' Racial Attitudes: Are Women's Attitudes Really More Favorable. *Social Psychology Quarterly*, Jg. 66, Heft 4, 384–401

Johnson MK, Marini MM (1998): Bridging the Racial Divide in the United States: The Effect of Gender. *Social Psychology Quarterly*, Jg. 61, Heft 3, 247–258

Macrae CN, Bodenhausen GV (2000): Social cognition: Thinking Categorically about Others. *Annual Review of Psychology*, Jg. 51, 93–120

Pettigrew TF (1998): Intergroup Contact Theory. *Annual Review of Psychology*, Jg. 49, 65–85

Runciman WG (1966): Relative Deprivation and Social Justice. London: Routledge & Kegan Paul

Schmähl W (2001): Generationenkonflikte und „Alterslast“ – Einige Anmerkungen zu Einseitigkeiten und verengten Perspektiven in der wissenschaftlichen und politischen Diskussion. In: Becker I, Ott N, Rolf G (Hrsg.). *Soziale Sicherung in einer dynamischen Gesellschaft*. Frankfurt a. M./New York, 176–203

Sinn H-W, Übelmesser S (2000): Wann kippt Deutschland um? In: IFO Schnelldienst, 28-29, 20–25

Turner JC (1999): Some current issues in research on social identity and self categorization theories. In: Ellemers N, Spears R, Doosje B (Hrsg.). *Social Identity*. Oxford: Blackwell, 6–34

Wendt C, Frisina L, Rothgang H (2009): Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison. *Social Policy and Administration*, Jg. 43, Heft 1, 70–90

DIE AUTOREN



Dr. phil. Rahim Hajji,

Jahrgang 1977, studierte und promovierte an der Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn im Fach Soziologie. Im Anschluss an seine Promotion absolvierte er ein Post-Doc-Jahr am Wis-

senschaftszentrum Berlin. Seit 2009 ist er beim AOK-Bundesverband in der Abteilung Gesundheitsfonds/Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich als Referent tätig.



Dipl.-Volkswirtin Sabine Schulze,

Jahrgang 1976, 1996–2002 Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität Trier mit den Schwerpunkten Sozialpolitik, Arbeitsmarkttheorie und Gesundheitsökonomie.

Seit 2002 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).