

WISO

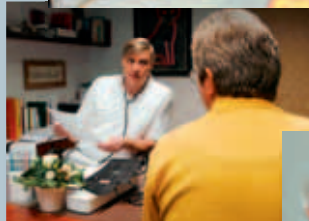
April 2010

Diskurs

Expertisen und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik schafft mehr Probleme als Lösungen

Aushöhlung des Solidaritätsprinzips
Einseitige Belastung der Versicherten
Noch mehr Klientelpolitik



Gesprächskreis
Sozialpolitik



Expertise im Auftrag des Gesprächskreises Sozialpolitik
der Friedrich-Ebert-Stiftung

Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik schafft mehr Probleme als Lösungen

Aushöhlung des Solidaritätsprinzips
Einseitige Belastung der Versicherten
Noch mehr Klientelpolitik

Stefan Greß

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung	3
1. Einleitung	4
2. Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung – Mehr Eigenverantwortung oder unsolidarische Umverteilung?	5
2.1 Einkommens- und Risikosolidarität in idealtypischen Finanzierungssystemen	5
2.2 Einkommens- und Risikosolidarität im Status quo der GKV-Finanzierung	6
2.3 Kopfpauschale und Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags	8
2.4 Ausbau der Steuerfinanzierung	10
2.5 Verhältnis zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung	12
2.6 Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung	13
3. Steuerung der gesundheitlichen Versorgung – Kohärentes Gesamtkonzept oder Klientelpolitik?	15
3.1 Ambulante ärztliche Versorgung	15
3.2 Arzneimittelversorgung	16
3.2.1 Arzneimitteldistribution	16
3.2.2 Preisregulierung für Arzneimittelhersteller	17
3.3 Krankenhausversorgung	19
4. Zusammenfassende Beurteilung	20
5. Literaturverzeichnis	21
Der Autor	24

Diese Expertise wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind vom Autor in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

Vorbemerkung

Es zeichnet sich ab, dass in der Gesundheitspolitik völlig neue Wege gegangen werden sollen. Dies wird aus den gegenwärtig vorgetragenen Absichtserklärungen deutlich und fordert zu einer kritischen Auseinandersetzung heraus.

Im Vordergrund der öffentlichen Diskussion um die richtige Gesundheitspolitik steht der Richtungsstreit – Kopfpauschale versus Bürgerversicherung. Doch der geplante Politikwechsel im Gesundheitsbereich berührt weitaus mehr Themen als nur die Beantwortung der Frage nach einer zukunftsweisenden Finanzierung: Es geht auch darum, ob und inwieweit die normativen Grundlagen der Gesundheitspolitik – wie z. B. das Solidaritätsprinzip – verändert werden sollen. Wird die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken ausgehöhlt? Dies wäre der Fall, wenn es zu Wahlleistungen nach dem Äquivalenzprinzip käme, was zu einer Schwächung der Umverteilung von Gesunden zu Kranken führen würde.

Und es geht – wie schon seit vielen Jahren – auch um ordnungspolitische Themen wie z. B. um das Verhältnis von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Außerdem ist zu klären, welche Versorgungskonzepte zukunftsweisend sind: Wird der gegenwärtige Status der Ärzte und Apotheker eher gestärkt oder werden in Abhängigkeit von den Bedürfnissen der Patienten effektivere und effizientere Lösungen angestrebt?

Nicht zuletzt muss auch die Frage beantwortet werden, wer die Finanzierungslasten tragen soll. Bleibt die paritätische Finanzierung bestehen oder setzt sich die Ankündigung durch, die Arbeitgeberbeiträge einzufrieren mit der Folge, dass die

ArbeitnehmerInnen bei steigenden Gesundheitsausgaben stärker belastet werden? Eine höhere Belastung der ArbeitnehmerInnen würde auch dann eintreten, wenn sie die das Umlageverfahren ergänzende Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung allein schultern müssten. Sollte dies zutreffen, dann wäre dies nicht nur aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit, sondern auch aus ökonomischen Gründen höchst bedenklich, da anhand der Riesterreute nachgewiesen wurde, dass kapitalgedeckte Finanzierungsformen ein Wachstumshemmnis darstellen können.

Wir haben den Gesundheitsökonom Prof. Dr. Stefan Greß von der Hochschule Fulda gebeten, eine Expertise zu erstellen, in der der beabsichtigte Wechsel in der Gesundheitspolitik dargestellt wird. Es soll herausgearbeitet werden, welche Konsequenzen sich aus diesem Politikwechsel ergeben könnten und wie diese zu bewerten sind. Als Gegenstand der Analyse haben wir uns einvernehmlich für den Koalitionsvertrag entschieden. Auch wenn dieser Vertrag nur erste Anhaltspunkte für einen Politikwechsel bietet und viele Details noch ungeklärt sind, so wird doch deutlich, welche grundlegenden Überlegungen und Absichten verfolgt werden. Wir bedanken uns bei Prof. Greß für seine sehr fachkundige Stellungnahme und seine sehr konstruktive Zusammenarbeit.

Peter König

Leiter des Gesprächskreises Sozialpolitik
der Friedrich-Ebert-Stiftung

1. Einleitung

In diesem Beitrag wird der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP vom 26. Oktober 2009 im Bereich Gesundheit und Pflege einer kritischen Bewertung unterzogen.¹ Der Schwerpunkt der Analyse liegt auf Auseinandersetzung mit den im Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion stehenden geplanten Maßnahmen auf der Finanzierungsseite. Neben der beabsichtigten Umstellung auf eine einkommensunabhängige Finanzierung, der Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags und des Ausbaus der Steuerfinanzierung zählen zu diesen Maßnahmen auch der beabsichtigte Aufbau eines Kapitalstocks in der sozialen Pflegeversicherung und das Verhältnis von gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV). Bei den absehbaren Auswirkungen werden einer-

seits Auswirkungen auf Einkommens- und Risikolidarität und andererseits mögliche Beschäftigungswirkungen diskutiert.

Im zweiten Hauptteil dieses Beitrags werden die geplanten Veränderungen auf der Leistungsseite der gesetzlichen Krankenversicherung analysiert. In diesem Zusammenhang wird der Frage nachgegangen, inwieweit aus den Ausführungen des Koalitionsvertrags ein konsistentes Wettbewerbskonzept erkennbar ist und in welcher Form die Koalition sich die Steuerung in den einzelnen Leistungsbereichen (ambulante ärztliche Versorgung, stationäre Versorgung, Arzneimittelversorgung) vorstellt. Der Beitrag schließt mit einer zusammenfassenden Beurteilung des Koalitionsvertrags.

¹ Neben den Vereinbarungen des Koalitionsvertrags selbst wird auch das bis zum 15. März 2010 publizierte Regierungshandeln in die Analyse mit einbezogen.

2. Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung – Mehr Eigenverantwortung oder unsolidarische Umverteilung?

Vor der Analyse der im Koalitionsvertrag beschlossenen Maßnahmen wird zunächst das für die Bewertung herangezogene Konzept von Einkommens- und Risikosolidarität erläutert (Abschnitt 2.1) und die GKV-Finanzierung des Status quo im Hinblick auf diese beiden Kriterien bewertet (Abschnitt 2.2). Im Anschluss werden die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Pauschalbeiträge und die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags (Abschnitt 2.3), der Ausbau der Steuerfinanzierung (Abschnitt 2.4), das Verhältnis von privater und gesetzlicher Krankenversicherung (Abschnitt 2.5) sowie die geplante Einführung von Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung (Abschnitt 2.6) analysiert.

2.1 Einkommens- und Risikosolidarität in idealtypischen Finanzierungssystemen

Für die Beurteilung der im Koalitionsvertrag beschlossenen Maßnahmen auf der Finanzierungsseite sind die potenziellen Auswirkungen auf Einkommens- und Risikosolidarität des deutschen Krankenversicherungssystems von zentraler Bedeutung. Der konkreten Analyse wird daher die konzeptionelle Klärung dieser beiden zentralen Umverteilungsdimensionen vorangestellt.

Das Konzept der *Risikosolidarität* beschreibt, inwieweit es zwischen den Gesunden und den Kranken zu einer Umverteilung kommt. Hierbei ist zwischen ex-post-Risikosolidarität und ex-ante-Risikosolidarität zu unterscheiden (Wasem/Greif 2006). Ex-post-Risikosolidarität bezeichnet eine Umverteilung von denjenigen, die innerhalb einer Periode zufällig nicht krank geworden sind (bzw. keine Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch genommen haben), zu denjenigen, die

innerhalb der Periode zufällig krank geworden sind (bzw. Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch genommen haben). Diese Form der Umverteilung findet sich sowohl in steuerfinanzierten Gesundheitssystemen als auch in allen sozialen und privaten Krankenversicherungssystemen (vgl. Tabelle 1). Ex-post Risikosolidarität ist gleichzusetzen mit der klassischen Versicherungsfunktion und ist damit das zentrale Merkmal privater Versicherungswirtschaft. Diese fasst schließlich die einzeln zufällig eintretenden Risiken zu einem Pool zusammen, in dem die Risiken nach statistischen Kriterien kalkulierbar werden.

Eine Beschränkung des Schutzes vor Krankheitskostenrisiken auf ex-post-Risikosolidarität würde jedoch zu massiven Problemen führen. Eine systematische Umverteilung zwischen denjenigen, die erwartbar eher gesund bleiben werden (und daher wahrscheinlich zukünftig wenige oder sogar keine Leistungen in Anspruch nehmen) und denjenigen, die erwartbar eher krank sein dürften (und daher Leistungen in Anspruch nehmen werden), würde ausbleiben. Die Kranken müssten ihre erwartbar höheren Gesundheitsausgaben selber tragen. Zu einem solchen Ergebnis würde ein unregulierter privater Krankenversicherungsmarkt mit risikoäquivalent kalkulierten Prämien führen. Ex-ante-Risikosolidarität zwischen Individuen mit erwartbar geringen Ausgaben und Individuen mit erwartbar hohen Gesundheitsausgaben ist auf unregulierten privaten Krankenversicherungsmärkten nicht realisierbar. Kranke Menschen – schlechte Risiken – würden keinen oder nur eingeschränkten Versicherungsschutz erhalten.

Während Risikosolidarität fundamentaler Bestandteil jedes Finanzierungssystems ist – auch in privaten Krankenversicherungssystemen wird zu-

Tabelle 1:

Solidarität in idealtypischen Finanzierungssystemen

	Private Krankenversicherung	Soziale Krankenversicherung		Steuerfinanzierung	
	Risikoäquivalente Prämien	Einkommens- abhängige Beiträge	Kopf- pauschale	Direkte Steuern	Indirekte Steuern
Risikosolidarität	Ex-post	Ex-post und ex-ante	Ex-post und ex-ante	Ex-post und ex-ante	Ex-post und ex-ante
Einkommens- solidarität	–	+	–	+	–

Quelle: Modifiziert nach Greß et al. 2007.

mindest ex-ante-Risikosolidarität realisiert – ist *Einkommenssolidarität* nicht zwingend Bestandteil eines Finanzierungs- bzw. Krankenversicherungssystems. Die Umverteilung von Personen mit hohem Einkommen zu Personen mit niedrigem Einkommen findet sich nur dann in einem Finanzierungssystem, wenn Beiträge einkommensabhängig erhoben werden oder zumindest ein Teil der Gesundheitsausgaben über direkt einkommensabhängige Steuern finanziert wird.

2.2 Einkommens- und Risikosolidarität im Status quo der GKV-Finanzierung

Für die Analyse von Risikosolidarität im deutschen Krankenversicherungssystem ist von besonderer Relevanz, dass in Deutschland ein duales Versicherungssystem aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung besteht. Beide Systeme bilden je für sich eigene Risikopools. Grundsätzlich findet nur innerhalb dieser Risikopools Risikosolidarität statt.

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden die Beiträge unabhängig vom gesundheitlichen Risiko kalkuliert. Damit wird für die Versicherten der GKV sowohl ex-post- als auch ex-ante-Risikosolidarität hergestellt. In der privaten Krankenversicherung werden dagegen risikoäquivalente Prämien erhoben – damit ist ex-ante-Risikosolidarität ausgeschlossen. Die Umvertei-

lungsprozesse zu Gunsten der Kranken in der privaten Krankenversicherung beschränken sich – im Grundsatz – auf die klassische Versicherungsfunktion. Dieser Grundsatz wurde durch die im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) beschlossene Einführung des Basistarifs in der privaten Krankenversicherung durchbrochen.

Das Leistungsangebot im Basistarif orientiert sich am Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, die Prämie darf den Höchstbeitrag in der GKV nicht übersteigen. Entscheidend an der Ausgestaltung des Basistarifs in unserem Zusammenhang ist, dass Risikozuschläge nicht erhoben werden dürfen. Defizite im Basistarif müssen durch die Versicherten in den Normaltarifen finanziert werden. Durch den Basistarif werden demzufolge Elemente der Risikosolidarität in die private Krankenversicherung eingeführt.

Insbesondere diese „GKVisierung“ der PKV hat die private Krankenversicherungsindustrie dazu bewogen, vor dem Bundesverfassungsgericht gegen die beschriebenen Regelungen im GKV-WSG Verfassungsbeschwerde einzulegen. Die Klage verlief jedoch erfolglos. Das Bundesverfassungsgericht hat dem Gesetzgeber einstimmig bescheinigt, dass die Einführung des Basistarifs „zur Sicherstellung eines lebenslangen, umfassenden Schutzes der Mitglieder der privaten Krankenversicherung“ verfassungsgemäß sei. Es läge in der Gesetzgebungskompetenz des Bundes, „wenn er für einen von ihm neu geschaffenen

Typ privatrechtlicher Versicherung Regelungen des sozialen Ausgleichs vorsieht, die das privatwirtschaftliche Versicherungswesen prägenden Merkmale nur begrenzt wirken lassen.“²

Die quantitative Bedeutung von im Basistarif abgeschlossenen Versicherungsverträgen ist jedoch vergleichsweise gering. Der Basistarif ist insbesondere für Versicherte mit erwartbar hohen Gesundheitsausgaben attraktiv. Als Konsequenz wird in der Regel der gesetzlich festgelegte Höchstbeitrag von 570 € monatlich erreicht. Insbesondere für eine zentrale Risikogruppe des Basistarifs – die so genannten kleinen Selbstständigen ohne vormaligen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz – stellt die Prämienhöhe damit weiterhin eine substanzielle Zugangsbarriere zur privaten Krankenversicherung dar (Greß et al. 2009d).

Eine weitere Einschränkung der Risikosolidarität im deutschen Krankenversicherungssystem ergibt sich durch die Risikoselektion an der Schnittstelle zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Die Beiträge in der GKV werden unabhängig vom gesundheitlichen Risiko und abhängig vom Einkommen erhoben. Kinder und nicht erwerbstätige Ehegatten werden beitragsfrei mitversichert. Die privaten Krankenversicherer kalkulieren dagegen Prämien auf der Grundlage des gesundheitlichen Risikos und unabhängig vom Einkommen. Kinder sowie nicht erwerbstätige Ehegatten müssen separat versichert werden und zahlen ebenfalls Prämien. Diese Unterschiede sind daher von Bedeutung, weil ein Teil der in der GKV Versicherten in die PKV wechseln kann. Attraktiv ist der Wechsel in die PKV vor allem für gesunde Singles mit hohem Einkommen. Diese Personengruppe muss in der PKV weder Risikoaufschläge zahlen, noch muss sie Prämien für Familienangehörige finanzieren. Im Umkehrschluss ist für chronisch Kranke und Familien ein Wechsel in die private Krankenversicherung nicht attraktiv. Die vorhandene Empirie zeigt dann auch eindeutig, dass Versicherte in der PKV ein deutlich höheres Durchschnittseinkommen haben als in der GKV und im Durchschnitt deutlich gesünder sind (Kriwy/Mielck

2006; Mielck/Helmert 2006). Durch diese negative Auslese wird die Risikosolidarität in der GKV geschwächt, weil sich ein Teil der erwartbar Gesunden diesem Umverteilungsmechanismus entziehen kann (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2008).

Der Gesetzgeber hat im GKV-WSG die aus dem verzerrten Wettbewerb der beiden Krankenversicherungssysteme resultierende Einschränkung der Risikosolidarität vor allem durch eine Begrenzung der Wechselmöglichkeiten von GKV zu PKV korrigiert. Nach dieser Regelung müssen Arbeitnehmer in drei aufeinander folgenden Jahren ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze erzielen, um in die private Krankenvollversicherung wechseln zu können. Diese Maßnahme wurde von der privaten Krankenversicherungsindustrie und schon vor der Wahl von der FDP als Beeinträchtigung der Wahlfreiheit des betroffenen Personenkreises kritisiert (FDP 2009). Eine Ausweitung der Wahlfreiheit ohne einheitliche Wettbewerbsbedingungen – wie ebenfalls von der FDP gefordert – würde die negative Auslese zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch noch weiter verstärken (Greß 2009; Greß et al. 2009c).

Die kurzfristige Wirksamkeit dieser Maßnahme ist eindeutig. Schon im Jahr 2007 hat sich der Nettoneuzugang in der PKV von 116.100 Personen auf 59.900 Versicherte fast halbiert. Auch im Jahr 2008 war der Nettoneuzugang mit 48.900 Personen deutlich geringer als zuvor. Zu diesem Personenkreis zählten außerdem 18.900 vorher nicht versicherte Personen (Verband der privaten Krankenversicherung 2009; Verband der privaten Krankenversicherung e.V. 2008). Hält die Austrocknung des Neugeschäfts an, könnte es zu nicht einkalkulierten Prämiensteigerungen für Bestandsversicherte kommen. Das gilt vor allem für private Krankenversicherungsunternehmen, die ein differenziertes Tarifangebot mit Locktarifen für Neuversicherte vorhalten und damit auf einen stetigen Zufluss von günstigen Risiken aus der GKV angewiesen sind (Greß et al. 2009c).

2 BVerfG, 1 BvR 706/08 vom 10.6.2009, Absatz-Nr. 155.

Die Verfassungsklage der privaten Krankenversicherungsindustrie gegen die Drei-Jahres-Regelung blieb ebenfalls erfolglos. Die Begründung des Bundesverfassungsgerichts ist eindeutig: „Die gesetzliche Krankenversicherung dient dem sozialen Schutz und der Absicherung von Arbeitnehmern vor den finanziellen Risiken von Erkrankungen. Sie basiert auf einem umfassenden sozialen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, vor allem aber zwischen Versicherten mit niedrigem Einkommen und solchen mit höherem Einkommen ... Der Gesetzgeber kann den Kreis der Pflichtversicherten so abgrenzen, wie es für die Begründung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist ... Er hat dabei einen weiten Gestaltungsspielraum.“³

Aus der oben zitierten Begründung wird deutlich, dass die negative Auslese zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur die Risikosolidarität, sondern auch die Einkommenssolidarität innerhalb dieses Versicherungssystems schwächt. Relevant ist in diesem Zusammenhang, dass Arbeitnehmer mit hohem Einkommen in die private Krankenversicherung wechseln können und damit für die Umverteilung zu Gunsten von Versicherten mit niedrigem Einkommen nicht mehr zur Verfügung stehen. Insofern hat die Einführung der Drei-Jahres-Regelung im GKV-WSG nicht nur die Risikosolidarität, sondern auch die Einkommenssolidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt.

Eine konsequente Umsetzung der Einkommenssolidarität findet in der GKV allerdings weiterhin nicht statt. Bei einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze verläuft die Beitragsbelastung regressiv. Der prozentuale Anteil der Beiträge am Einkommen sinkt mit steigendem Einkommen. Das ist bei direkten Steuern wie der Einkommenssteuer anders. Der Verlauf ist hier auch bei steigendem Einkommen progressiv – oder bei Erreichen des Spitzensteuersatzes zumindest proportional (Fritzsche et al. 2003). Selbst die Mehrwertsteuer wirkt wegen der oben angesprochenen Ausnahmen vom vollen Mehrwertsteuersatz nur mäßig regressiv (Bach 2005).

2.3 Kopfpauschale und Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags

„Wir wollen einen Einstieg in ein gerechteres, transparenteres Finanzierungssystem. ... Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit ... einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden. Weil wir eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest. Zu Beginn der Legislaturperiode wird eine Regierungskommission eingesetzt, die die notwendigen Schritte dazu festlegt (Koalitionsvertrag, S. 86).“

Die neue Regierung nimmt damit die insbesondere von der CDU im Bundestagswahlkampf 2005 angestrebte Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten durch die Umstellung der Beitragsfinanzierung auf die Kopfpauschale wieder auf. Grundsätzlich gilt, dass bei einer Finanzierung der Gesundheitsausgaben durch Kopfpauschalen eine einkommensunabhängige Erhebung der Beiträge erfolgt. Eine Umverteilung von Einkommensstarken zu Einkommensschwachen findet im Krankenversicherungssystem nicht mehr statt. Über Kopfpauschalen erhobene Beiträge wirken damit regressiv – der für Krankenversicherungsbeiträge aufzuwendende Anteil des Einkommens sinkt mit steigendem Einkommen. Diejenigen Länder, die ihre Krankenversicherungsbeiträge vollständig (Schweiz) oder teilweise (Niederlande) über Kopfpauschalen erheben, ergänzen daher wie auch im Koalitionsvertrag vorgesehen die einkommensunabhängige Beitragsfinanzierung durch steuerfinanzierte Transfers für Individuen mit niedrigem Einkommen.

Ein zentraler Vorteil für die Einführung der Kopfpauschale wird – neben potenziellen Beschäftigungseffekten – in der größeren Zielgenauigkeit von Umverteilungsmaßnahmen im Rahmen des Steuersystems gesehen. Kritisiert wird zum Beispiel die Beitragsfreiheit von nicht erwerbstätigen Ehegatten, die unabhängig vom Familieneinkommen eintritt (Wasem et al. 2005). Darüber hinaus lässt sich – wie oben geschehen – argumentieren, dass ein weiterer Ausbau der Steuerfinanzierung

3 BVerfG, 1 BvR 706/08 vom 10.6.2009, Absatz-Nr. 229. Die Entscheidung für die Verfassungsmäßigkeit der Drei-Jahres-Regelung fiel mit einem Stimmenverhältnis von 5:3.

Risiko- und Einkommenssolidarität erhöhen würde. Allerdings gilt dieser Vergleich nur für den Status quo der einkommensabhängigen Finanzierung. So wäre es ebenso möglich, die Beitragsfinanzierung stärker an den Modalitäten der Steuerfinanzierung zu orientieren. Dies könnte etwa durch die schrittweise Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze bei gleichzeitiger Anhebung der Versicherungspflichtgrenze und ein negatives Ehegattensplitting erfolgen (Greß et al. 2009c; Wasem et al. 2005).

Auch die Argumente für die Beschäftigungseffekte einer einkommensunabhängigen Beitragsfinanzierung bei gleichzeitiger Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags sind nicht überzeugend. Bisher gibt es keine belastbare Empirie zu den Beschäftigungswirkungen einer Substitution einkommensabhängiger Beitragsfinanzierung durch eine einkommensunabhängige Beitragsfinanzierung verbunden mit steuerfinanzierten Transfers. Zwar postuliert die ökonomische Theorie des Arbeitsmarktes positive Beschäftigungswirkungen einer Abkopplung von Gesundheits- und Arbeitskosten auf Angebot von und Nachfrage nach Arbeitskräften. Diese Wirkungen sind jedoch hoch sensibel im Hinblick auf die getroffenen Annahmen. So ist erstens damit zu rechnen, dass ein Teil des Ausgaben- und damit auch des Beitragswachstums über höhere Lohnforderungen der Gewerkschaften kompensiert werden kann.⁴ Zweitens wird zukünftig das Ausgabenwachstum nach den Vereinbarungen des Koalitionsvertrags ausschließlich von den Versicherten getragen werden müssen – was die Konsummöglichkeiten an anderer Stelle beeinträchtigt. Drittens – und das ist an dieser Stelle das entscheidende Argument – werden über die steigenden Ansprüche für die steuerfinanzierten Transfers und daraus resultierende steigende Einkommensteuern auch die Arbeitgeber belastet. Das wäre nur dann nicht

der Fall, wenn der Sozialausgleich ausschließlich über eine Mehrwertsteuererhöhung finanziert werden würde – was aber das oben angeführte Gerechtigkeitsargument zu Gunsten der Kopfpauschale ad absurdum führen würde (vgl. auch Abschnitt 2.4).

In der öffentlichen Diskussion wenig prominent sind die Auswirkungen der geplanten Kopfpauschale auf die Wettbewerbsposition der privaten Krankenvollversicherung.⁵ Durch die Entlastung höherer Einkommensgruppen im Rahmen einer Kopfpauschale könnte ein Übertritt in die PKV deutlich unattraktiver werden als im Status quo. Es wäre also denkbar, dass durch die Einführung der Kopfpauschale einerseits die Einkommenssolidarität geschwächt, aber gleichzeitig die Risikosolidarität gestärkt wird.

Aus der Formulierung im Koalitionsvertrag wird bereits deutlich, dass viele Details einer Umstellung der einkommensbezogenen Finanzierung auf die Kopfpauschale noch ungeklärt sind. Das wahrscheinlich wesentlichste Detail betrifft die Anspruchsberechtigung für den sozialen Ausgleich.⁶ Wird die Anspruchsberechtigung weit gefasst, steigen die steuerfinanzierten Ausgaben für den sozialen Ausgleich. Bei einer engen Fassung der Anspruchsberechtigung halten sich zwar die Ausgaben für den steuerfinanzierten Ausgleich in Grenzen. Gleichzeitig werden aber mittlere Einkommen durch eine Umstellung auf eine einkommensunabhängige Finanzierung belastet. Letzteres wollte der Gesetzgeber in den Niederlanden vermeiden, wodurch im Jahr 2008 rund 70 Prozent aller Haushalte in den Niederlanden steuerfinanzierte Transferzahlungen erhielten (vgl. Tabelle 2).⁷

Die Finanzierbarkeit des sozialen Ausgleichs tritt vor allem in einer dynamischen Perspektive in den Vordergrund. Das Ausgabenvolumen für den sozialen Ausgleich ist eng an die Dynamik

4 In diesem Zusammenhang ist zu fragen, welches Interesse die Arbeitgeber noch an der Mitarbeit in einer „modernen Selbstverwaltung“ (Koalitionsvertrag, S. 92) haben sollten, wenn das Ausgabenwachstum zunächst ausschließlich von den Versicherten getragen wird.

5 Zu den Ausnahmen vgl. Handelsblatt vom 15. Februar 2010 „Kopfprämie belastet Privatkassen“ und taz vom 17. März 2010 „PKV läuft gegen Kopfpauschale Sturm“.

6 Zu regeln ist in diesem Zusammenhang auch die Auszahlung des steuerfinanzierten Zuschusses. In den Niederlanden erfolgt die Auszahlung an die Anspruchsberechtigten – ohne Überprüfung der Zweckbindung. Einige Kantone in der Schweiz zahlen den Zuschuss dagegen direkt an die jeweilige Krankenversicherung (Langer et al. 2005).

7 3,4 Millionen Haushalte sind Ein-Personen-Haushalte, 1,7 Millionen Haushalte sind Zwei-Personenhaushalte. Damit erhalten 6,8 Millionen von etwa 12 Millionen Haushalten in den Niederlanden einen Zuschuss.

Tabelle 2:

Sozialausgleich in den Niederlanden

	Durchschnittliche Höhe der Kopfpauschale (in € pro Jahr)	Steuerfinanzierte Transferausgaben für Sozialausgleich (in Mrd. € pro Jahr)	Haushalte mit Sozialausgleich (in Millionen)
2006	1.015	2.5	4.9
2007	1.059	2.6	5.0
2008	1.200	3.4	5.1
2009	1.209	3.7	n.a.

Quelle: Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport, Den Haag.

des Ausgabenwachstums der GKV-Ausgaben gekoppelt. Steigende GKV-Ausgaben führen demnach zu steigenden Kopfpauschalen und letztendlich zu steigenden Ansprüchen der Anspruchsberechtigten für den sozialen Ausgleich – so wie in den Niederlanden geschehen (vgl. Tabelle 2).⁸ Für die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland ist dieser Zusammenhang noch virulenter als in den Niederlanden, weil steigende Ausgaben gemäß der Vereinbarungen im Koalitionsvertrag zukünftig alleine von den Versicherten getragen werden müssen.⁹

2.4 Ausbau der Steuerfinanzierung

„Krisenbedingte Einnahmeausfälle dürfen nicht alleine den Versicherten aufgebürdet werden, deshalb werden gesamtstaatliche flankierende Maßnahmen zur Überbrückung der Krise erfolgen (Koalitionsvertrag, S. 86).“

Während ein Großteil der hier diskutierten Maßnahmen auf der Finanzierungsseite einen Politikwechsel im Vergleich zur großen Koalition bedeuten, so setzt die schwarz-gelbe Koalition den Ausbau der Steuerfinanzierung fort. Die Um-

setzung dieser Formulierung bedeutet für das Jahr 2010 einen Ausbau der Steuerfinanzierung um 3,9 Mrd. € auf insgesamt 15,7 Mrd. €. ¹⁰ Schon im Rahmen des GKV-WSG hat der Bund seinen Finanzierungsbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung durch Einzahlungen in den Gesundheitsfonds deutlich ausgebaut (vgl. Abbildung 1). Der Bundeszuschuss sollte ab 2008 jährlich um 1,5 Mrd. € steigen. In der Endstufe sollte sich der Bund im Jahr 2016 mit insgesamt 14 Mrd. € an der Finanzierung der GKV beteiligen. Durch das Konjunkturpaket II sollte diese Summe voraussichtlich deutlich früher – im Jahr 2011 – erreicht werden. Im Jahr 2010 beträgt der Bundeszuschuss jedoch sogar 15,7 Mrd. €. Durch den außerordentlichen Bundeszuschuss in Höhe von 3,9 Mrd. € sollen die Einnahmeausfälle als Folge der Finanz- und Wirtschaftskrise kompensiert werden. Damit werden neun Prozent der für das Jahr 2010 geschätzten GKV-Ausgaben (174 Mrd. €) aus Steuermitteln finanziert. Im Jahr 2011 soll der Zuschuss dann wieder auf 13,3 Mrd. € sinken. Ab 2012 soll der Zuschuss unverändert bei 14 Mrd. € bleiben.

Grundsätzlich ist der steigende Anteil der Steuerfinanzierung im Hinblick auf Risiko- und

⁸ Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Teil des Prämienanstiegs des Jahres 2008 darauf zurückzuführen ist, dass der Finanzierungsanteil der Kopfpauschalen in den Jahren 2006 und 2007 versehentlich zu niedrig angesetzt wurde (vgl. unten).

⁹ In den Niederlanden ist der Finanzierungsanteil durch die Kopfpauschale gesetzlich auf 50 Prozent festgeschrieben.

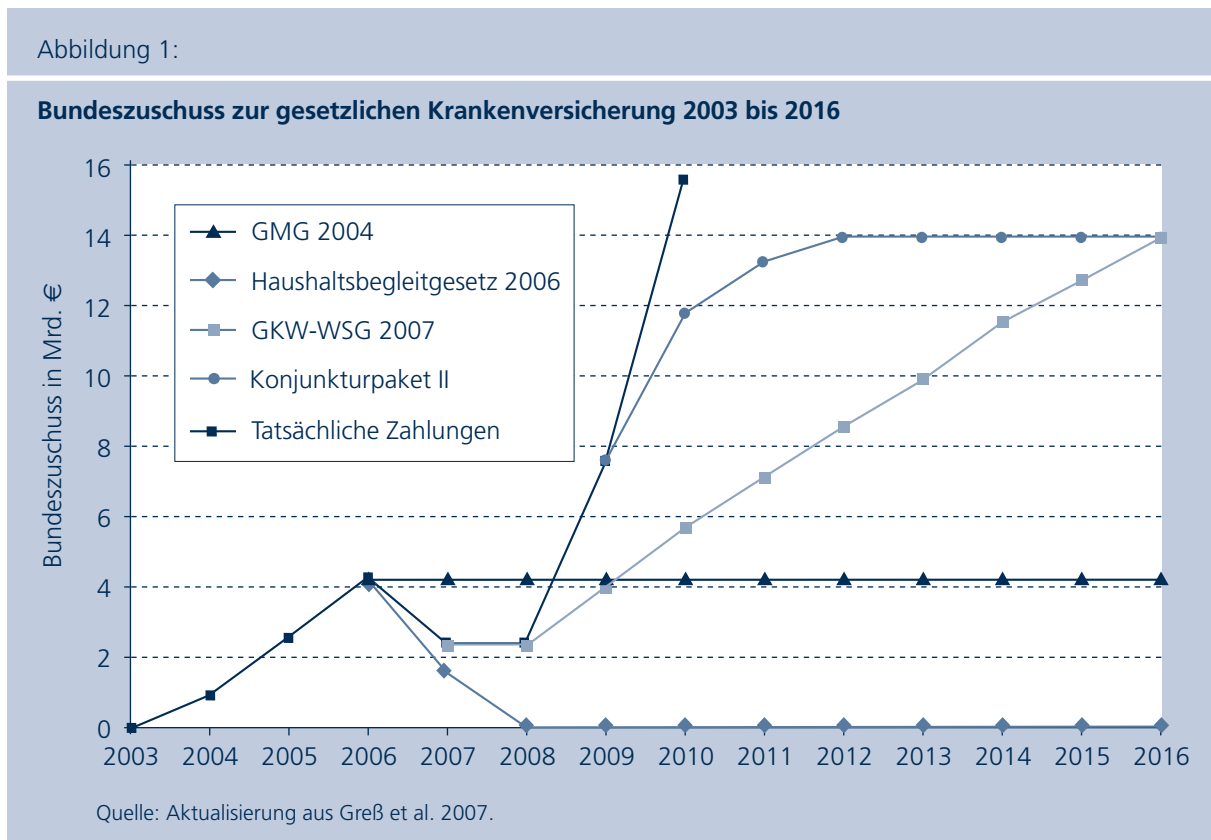
¹⁰ Dieses Vorhaben wurde im am 5. März 2010 vom Bundestag beschlossenen Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz umgesetzt.

Einkommenssolidarität, aber auch hinsichtlich von Beschäftigungswirkungen positiv zu beurteilen. Auf die eingeschränkte Einkommenssolidarität in der GKV-Finanzierung und insbesondere die regressive Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze wurde bereits mehrfach hingewiesen. Der Verlauf bei der Einkommensteuer ist jedoch auch bei steigendem Einkommen progressiv – oder bei Erreichen des Spitzensteuersatzes zumindest proportional (Fritzsche et al. 2003). Selbst die Mehrwertsteuer wirkt wegen Ausnahmen vom vollen Mehrwertsteuersatz nur mäßig regressiv (Bach 2005). Dieser Effekt wird noch dadurch verstärkt, dass auch privat versicherte Personen Steuern zahlen und durch die steigende Steuerfinanzierung in zunehmendem Ausmaß zu Einkommens- und Risikosolidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen. Verschiedene Simulationsrechnungen haben darüber hinaus gezeigt, dass eine Substitution von einkommensabhängigen Beiträgen durch einen Mix von direkten und indirekten Steuern moderate positive Beschäftigungswirkungen nach sich ziehen kann (Feil/Zika 2005; Kaltenborn et al. 2003; Mein-

hardt/Zwiener 2005). In der Finanz- und Wirtschaftskrise hat die gesetzliche Krankenversicherung auch mit Hilfe der erhöhten Steuerzuschüsse außerdem zur Stabilisierung der Gesamtwirtschaft beigetragen (Döring et al. 2009).

Innerhalb von nur zwei Jahren – von 2008 bis 2010 – ist der Anteil der Steuerfinanzierung an der GKV-Gesamtfinanzierung von knapp zwei Prozent auf neun Prozent angestiegen. Als problematisch ist dennoch die Stetigkeit der Steuerfinanzierung zu bewerten. Seit Einführung des Bundeszuschusses im Jahr 2004 wurde dessen Höhe in vier Bundesgesetzen geändert. Mit Ausnahme des Haushaltsbegleitgesetzes 2006 handelte es sich zwar um Erhöhungen des Steuerzuschusses. Vor dem Hintergrund des Finanzlage des Bundes ist jedoch eher mit einer Trendumkehr zu rechnen. Nicht unrealistisch ist darüber hinaus auch die Gefahr einer Zweckentfremdung des Bundeszuschusses: Die Koalition könnte geneigt sein, zumindest einen Teil der derzeit für eine Teilfinanzierung des Gesundheitsfonds verwendeten Mittel für die Finanzierung des Sozialausgleichs (vgl. Abschnitt 2.3) zu verwenden. Die entsprechenden

Abbildung 1:



Mittel ständen dann nicht mehr für die Finanzierung von Leistungsausgaben zur Verfügung und müssten durch Beiträge ersetzt werden. Die positiven Auswirkungen auf Risiko- und Einkommenssolidarität sowie auf die Beschäftigung würden in diesem Fall umgekehrt.

2.5 Verhältnis zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung

„Wir werden die Entwicklung im Basistarif der privaten Krankenversicherung beobachten. ... Ein Wechsel in die private Krankenversicherung wird zukünftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich sein (Koalitionsvertrag S. 86).“

Unter der Überschrift „Wettbewerb im Krankenversicherungswesen“ kündigen die Koalitionspartner die Rücknahme der Maßnahme zur Korrektur des verzerrten Wettbewerbs zwischen den beiden Krankenversicherungssystemen an. Durch die Rückkehr zur Ein-Jahres-Frist kommt die Koalition einer zentralen Forderung der privaten Krankenversicherungsindustrie nach, um den oben angesprochenen Zufluss von neuen Versicherten zu erleichtern. Gleichzeitig ist absehbar, dass durch diese Maßnahme sowohl Risiko- als auch Einkommenssolidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung geschwächt werden. Die „GKVisierung“ der PKV in Form des Basistarifs – und damit die Einführung auch von ex-ante-Risikosolidarität in die private Krankenversicherung – bleibt jedoch zunächst bestehen. Damit erkennt die schwarz-gelbe Koordination offensichtlich auch die Notwendigkeit zu einer umfassenden Versicherungspflicht an, die im Rahmen des bestehenden Systems ohne die Zugangserleichterungen im Basistarif der PKV nicht zu realisieren wäre (Greß et al. 2009d).

„Beitrag und Leistung müssen in einem adäquaten Verhältnis stehen. ... Die Versicherten sollen auf der Basis des bestehenden Leistungskatalogs soweit wie möglich ihren Krankenversicherungsschutz selbst gestalten können (Koalitionsvertrag, S. 86).“

Unter der Überschrift „Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes“ plant die Koalition mehr Wahlrechte der Versicherten im Rah-

men des bestehenden Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei einer konsequenten Interpretation des ersten Teils dieser Passage wäre dieser als ein Plädoyer für risikoäquivalente Prämien im deutschen Krankenversicherungssystem zu verstehen. Diese Forderung wurde auch schon an anderer Stelle erhoben (Zweifel/Breuer 2002). Eine konsequente Umsetzung des zweiten Satzes dieser Passage würde zur Folge haben, dass Versicherte den Umfang ihres Versicherungsschutzes „soweit wie möglich“ selbst bestimmen können. Konsequenz einer solchen Wahlmöglichkeit wäre ein Prozess der Selbstselektion der Versicherten. Erwartbar Gesunde würden möglichst schlanke Leistungspakete bevorzugen, erwartbar Kranke würden möglichst umfassenden Versicherungsschutz wählen.

Ergebnis dieses Selektionsprozesses wäre in der Tat die politisch gewünschte Stärkung des Äquivalenzprinzips – einem adäquaten Verhältnis zwischen Beitrag und Leistung. Gleichzeitig würde jedoch die ex-ante Risikosolidarität – die Solidarität zwischen erwartbar Gesunden und erwartbar Kranken – in der gesetzlichen Krankenversicherung massiv geschwächt werden. Das Ausmaß dieses Effektes hängt vom Ausmaß der Wahlmöglichkeiten der Versicherten ab, den die Koalition noch festlegen muss. Je stärker diese Wahlmöglichkeiten ausgeprägt sein werden, desto größer auch die Schwächung der Umverteilung von Gesunden zu Kranken als Konsequenz des zu erwartenden Prozesses der Selbstselektion.

„Wir wollen die individuellen Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten erweitern. Bei Leistungen des Zahnersatzes, bei Arzneimitteln und bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die Erfahrungen mit Festzuschüssen, Festbeträgen und Mehrkostenregelungen überwiegend positiv. Daher werden wir prüfen, wo darüber hinaus Mehrkostenregelungen sinnvoll und geeignet zum Tragen kommen können, ohne Patientinnen und Patienten vom medizinischen Fortschritt auszuschließen oder sie zu überfordern (Koalitionsvertrag, S. 90).“

Ähnlich problematisch im Hinblick auf die Risikosolidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung kann der vereinbarte Ausbau von

Mehrkostenregelungen wirken. Im Grundsatz implizieren Mehrkostenregelungen die Festschreibung des Erstattungsanspruchs der Versicherten auf eine Obergrenze. Mehrkostenregelungen sind vor allem bei homogenen Leistungen sinnvoll – etwa im festbetragsfähigen Arzneimittelmarkt. Hier erhalten die Versicherten einen Erstattungsanspruch auf der Grundlage des unteren Preisdrittels homogener Produkte. Verlangen die Hersteller einen höheren Preis, müssen die Versicherten den Differenzbetrag selbst zahlen. Der Versichertengemeinschaft ist der höhere Preis nicht zuzumuten, weil preiswertere und äquivalente Alternativen zur Verfügung stehen. In der Regel führen Preise über dem Festbetrag dann auch zu massiven Umsatzeinbrüchen, weil die Versicherten nicht zur Zahlung des Differenzbetrages – also der Mehrkosten für homogene Produkte – bereit sind.

Problematisch sind Mehrkostenregelungen dann, wenn sie sich auf heterogene Produkte beziehen oder der Erstattungsanspruch zu niedrig angesetzt wird. Für Versicherte und Patienten wäre ein Ausbau der Mehrkostenregelungen etwa in der zahnmedizinischen Versorgung problematisch, weil wegen der Informationsasymmetrie zwischen (Zahn-)Arzt und Patient – und des Interesses des ersteren an Umsatz- und Gewinnmaximierung – eine aufgeklärte Entscheidung des Patienten über Behandlungsalternativen in der Regel unmöglich ist. Wird der Erstattungsanspruch zu niedrig angesetzt – in der Arzneimittelversorgung etwa durch einen Festbetrag unter dem niedrigsten Marktpreis – würde dies zu einer schleichenden Aushöhlung des Leistungskatalogs und der Risikosolidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung sowie zu einer Ausweitung des Geschäftsfelds für die private Krankenversicherung führen.

2.6 Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung

„Die Pflegeversicherung bleibt ein wichtiges Element der sozialen Sicherung. Die Pflegebedürftigen müssen auch künftig angemessene Pflegeleistungen zu einem

bezahlbaren Preis erhalten. In der Form der Umlagefinanzierung kann die Pflegeversicherung jedoch ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, auf Dauer nicht erfüllen. Daher brauchen wir neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss. Eine interministerielle Arbeitsgruppe wird dazu zeitnah einen Vorschlag ausarbeiten (Koalitionsvertrag, S. 94).“

In der Öffentlichkeit hat der von den Koalitionspartnern beschlossene Einstieg in die Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung im Gegensatz zu der Finanzierungsdebatte in der GKV bisher wenig Aufmerksamkeit gefunden. Dies ist insofern überraschend, weil es sich bei der hier vereinbarten Maßnahme um einen echten Systemwechsel handelt. Im Gegensatz zur Altersvorsorge basiert die soziale Kranken- und Pflegeversicherung insofern bisher ausschließlich auf dem Umlageverfahren, da Kapitaldeckung bisher weder verpflichtend für die Versicherten ist noch öffentlich gefördert wird. In diesem Zusammenhang stellt sich erstens die Frage, ob der von der Koalition vereinbarte Einstieg in die Kapitaldeckung alternativlos ist. Zweitens stellen sich – ähnlich wie bei der Einführung von Kopfpauschalen mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung – eine Reihe von Detailfragen bei der Ausgestaltung, die bisher nicht ansatzweise geklärt sind.

Unstrittig ist, dass die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung bisher wenig nachhaltig ist. Die von der großen Koalition beschlossenen Maßnahmen im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes können nur eine vorübergehende Erleichterung verschaffen (Dräther/Holl-Manoharan 2009). Grundsätzlich gilt, dass der zentrale Vorteil einer Kapitalfundierung in einer intertemporalen Umverteilung liegt – zukünftige Lasten werden durch Konsumverzicht in die Gegenwart vorgezogen (Rothgang 2009). Dieser Vorteil kann jedoch auch in einen Nachteil umschlagen, wenn – wie in der derzeitigen Wirtschaftskrise – der inländische Konsum gesamtwirtschaftlich stabilisierend wirkt (Döring et al. 2009). Weitere behauptete Vorteile der Kapital-

fundierung – insbesondere die unterstellte Demographieunabhängigkeit – müssen zudem äußerst kritisch diskutiert werden (Rothgang 2009). Der isolierte Einstieg in die individualisierte Kapitaldeckung verkennt darüber hinaus die Tatsache, dass noch weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Nachhaltigkeit der Finanzierung in der sozialen Pflegeversicherung zur Verfügung stehen.

Zu berücksichtigen ist hier – ausgelöst durch die Wanderungsbewegungen von der sozialen in die private Krankenversicherung – vor allem der Selektionseffekt zu Gunsten der privaten Pflegeversicherung. Im Vergleich zur privaten Pflegeversicherung sind die Einnahmen pro Versichertem in der sozialen Pflegeversicherung niedriger und die Ausgaben pro Versichertem höher (Rothgang 2010). Eine Kompensation dieses Selektionseffektes könnte die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der sozialen Pflegeversicherung deutlich verbessern. Gleiches gilt für die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der sozialen Pflegeversicherung (Dräther et al. 2009). Beide Maßnahmen hätten darüber hinaus den Vorteil, die Nachteile des Aufbaus von Kapitalreserven für die Finanzierung von Pflegeleistungen – insbesondere im Hinblick auf die zusätzliche Belastung des Kapitalmarkts und des

inländischen Konsums – zu vermeiden (Döring et al. 2009).

Unter Vernachlässigung dieser Finanzierungsalternativen hat sich die Koalition jedoch auf einen isolierten Einstieg in eine ergänzende Kapitaldeckung entschieden. Mit dem Verzicht auf einen vollständigen Umbau des Umlageverfahrens in ein System der Kapitaldeckung trägt die Koalition den hohen Umstellungskosten durch die Doppelbelastung der ökonomisch aktiven Generation Rechnung. Diese müsste gleichzeitig die Leistungsansprüche des alten Systems befriedigen und einen Kapitalstock aufbauen (Rothgang 2009). Kritisch ist zu bewerten, dass die Koalition von vorneherein die Option auf eine kollektiv finanzierte Kapitaldeckung ausschließt. Individualisierte Lösungen haben – wie das Beispiel der individualisierten so genannten Riester-Rente zeigt – den Nachteil hoher administrativer Kosten. Zentrale Ausgestaltungsfragen der Beitragskalkulation bleiben außerdem offen. So ist nicht auszuschließen, dass die Koalition eine einkommensunabhängig finanzierte private Pflegezusatzversicherung ohne Sozialausgleich plant – mit entsprechend negativen Auswirkungen auf die Einkommenssolidarität der Finanzierung in der sozialen Pflegeversicherung.

3. Steuerung der gesundheitlichen Versorgung – Kohärentes Gesamtkonzept oder Klientelpolitik?

Unter der Überschrift „Vielfalt und Wettbewerb in der Versorgung“ findet sich im Koalitionsvertrag das folgende Bekenntnis der Koalitionspartner:

„Wettbewerb um Leistungen, Preise und Qualität ermöglicht eine an den Bedürfnissen der Versicherten ausgerichtete Krankenversicherung sowie eine gute medizinische Versorgung. Auf der Versicherungs-, Nachfrage- und Angebotsseite werden die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb um innovative und effiziente Lösungen geschaffen, der den Versicherten und Patienten zugute kommt, sie in den Mittelpunkt stellt und ihnen Entscheidungsspielräume ermöglicht (Koalitionsvertrag, S. 87).“

Im Mittelpunkt dieses Abschnitts steht daher die Frage, ob die vereinbarten konkreten Regelungen in den einzelnen Versorgungsbereichen einem kohärenten – wettbewerblichen – Gesamtkonzept folgen. Ist dies der Fall, müssten die Koalitionspartner den Krankenkassen und Leistungserbringern wettbewerbliche Gestaltungsräume auf dem Leistungsmarkt eröffnen und die Voraussetzungen für ergebnisoffene Such- und Entdeckungsverfahren schaffen. Ein solches kohärentes Gesamtkonzept schließt insbesondere die Bevorzugung oder den Schutz spezifischer Versorgungskonzepte von Seiten des Gesetzgebers aus.

3.1 Ambulante ärztliche Versorgung

„Die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit ist ein tragendes Prinzip unserer Gesundheitsversorgung und sichert die Therapiefreiheit. ... Diese Struktur der ambulanten Versorgung wollen wir aufrechterhalten (Koalitionsvertrag S. 87).“

Aus dem oben zitierten Passus des Koalitionsvertrags geht hervor, dass die Koalitionspartner die derzeitige von Einzel- bis Kleinbetrie-

ben geprägte Produktionsstruktur der haus- und fachärztlichen ambulanten Versorgung unter Bestandsschutz stellen wollen. Diese Garantieerklärung ist vor allem unter zwei Gesichtspunkten als problematisch anzusehen.

Erstens führt die von der Koalition betonte Freiberuflichkeit nicht automatisch zu einer wirtschaftlichen und qualitativ hochwertigen Versorgung. Genauso wenig ist zweitens die Freiberuflichkeit die einzig mögliche Betriebsform, um Therapiefreiheit zu garantieren. Es ist eher davon auszugehen, dass die derzeit vorherrschende Betriebsform der Einzelpraxis erhebliche Potenziale im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung nicht ausschöpft. Andere Betriebsformen – insbesondere solche, in denen sich mehrere Fachdisziplinen und Gesundheitsberufe zusammenschließen – könnten aus ökonomischer Sicht erhebliche Verbund- und Größenvorteile realisieren. Für die Bevorzugung des freien Arztberufs – genauer gesagt der von einem selbstständigen Unternehmer geführten Einzelpraxis – gibt es jedenfalls keinerlei belastbare Evidenz. Im Rahmen eines konsistenten Wettbewerbskonzepts sollten die Versicherten und Patienten über die von ihnen bevorzugten Versorgungskonzepte entscheiden. Diese Wahlmöglichkeit wird jedoch von den Koalitionspartnern von vorneherein eingeschränkt.

„Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. ... Wesentlich ist dabei vor allem, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht ... Für den Bereich unterversorgter Gebiete soll eine Öffnungsklausel für Krankenhäuser vorgesehen werden, wenn keine Interessenten im Bereich der Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen (Koalitionsvertrag, S. 88).“

Die Philosophie des Koalitionsvertrags – Schutz bestehender freiberuflicher Strukturen vor vermeintlich die Versorgung verschlechternden Wettbewerbsdruck – wird auch hinsichtlich der Zulassung von medizinischen Versorgungszentren konsequent durchgehalten. Bisher dürfen sämtliche an der Versorgung von gesetzlich versicherten Personen beteiligten Leistungserbringer medizinische Versorgungszentren gründen. Bestimmte Mehrheiten der Geschäftsanteile oder Stimmrechte sind nicht Gründungsvoraussetzung.

Insbesondere für kapitalstarke private Krankenhäuser sind medizinische Versorgungszentren wegen ihrer Brücken- und Portalfunktion attraktiv. Wenn Krankenhäuser in medizinische Versorgungszentren investieren, entsteht ein womöglich auch für die Patientinnen und Patienten attraktives sektorübergreifendes Versorgungskonzept. Die Forderung nach Schutz der ambulant tätigen Ärzte vor kapitalstarken Krankenhausketten ist aus der Sicht der Betroffenen nachvollziehbar. Aus Sicht der betroffenen Patienten zählen jedoch ausschließlich Qualität und Wirtschaftlichkeit der angebotenen Versorgungskonzepte. Auch hier gilt wieder erstens der Grundsatz, dass Patienten und Versicherte über die von ihnen bevorzugten Versorgungskonzepte frei entscheiden sollten. Zweitens sind von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten betriebene medizinische Versorgungszentren nicht per se solchen MVZ überlegen, deren Strategie durch Krankenhäuser bestimmt wird. Mehrheitlich von Krankenhäusern betriebene MVZ dürfen nach den Vereinbarungen der Koalitionspartner nur in unterversorgten Gebieten zugelassen werden, die für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nicht attraktiv sind. Hier scheint die im Koalitionsvertrag propagierte Klientelpolitik besonders deutlich durch.

„Wir werden nach drei Jahren feststellen, wie viele Hausarztverträge deutschlandweit abgeschlossen worden sind (Koalitionsvertrag, S. 88).“

Der obige Passus des Koalitionsvertrags bezieht sich auf die in § 73b SGB V festgelegte Verpflichtung für gesetzliche Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung. Der mehrfach reformierte § 73b SGB V hat seinen Ursprung im GKV-Modernisierungs-

gesetz (GMG) – zum damaligen Zeitpunkt gab es allerdings noch keinen Vertragszwang für die Krankenkassen. Die damalige rot-grüne Bundesregierung hat jedoch durch die Aufnahme der hausarztzentrierten Versorgung als selektivvertragliche Option ihre Präferenz für diese Versorgungsform zum Ausdruck gebracht. Sukzessive ist in der Folge aus einer Option eine Vertragspflicht geworden. In der bisher letzten Änderung des § 73b SGB V wurde auch noch unter dem Druck des bayerischen Hausarztverbandes und der bayerischen Landesregierung ein faktisches Vertragsmonopol für freie Hausarztverbände eingeführt. Die Vertragsfreiheit – Freiheit über Vertragsabschluss, Vertragspartner und Vertragsinhalte – wird damit durch die Vorgaben zur hausarztzentrierten Versorgung eklatant verletzt. An dieser Situation wollen die Koalitionspartner auf absehbare Zeit nichts ändern. Auch an dieser Stelle lässt die Koalition entgegen ihrer eigenen Aussage ein konsistentes Wettbewerbskonzept vermissen.

3.2 Arzneimittelversorgung

Unter der Überschrift „Hochwertige und innovative Arzneimittelversorgung für Deutschland“ geht der Koalitionsvertrag sowohl auf die Weiterentwicklung der Arzneimitteldistribution als auch auf die Preisregulierung für die Arzneimittelhersteller ein.

3.2.1 Arzneimitteldistribution

„Die freiberuflichen Apothekerinnen und Apotheker spielen für eine gute Arzneimittelversorgung eine zentrale und wichtige Rolle. Eine Änderung des bestehenden Mehr- und Fremdbesitzverbotes lehnen wir deshalb ab. Wir werden die Auswüchse beim Versandhandel bekämpfen, indem wir die Abgabe von Arzneimitteln in den sogenannten Pick-up Stellen verbieten (Koalitionsvertrag, S. 87).“

Ähnlich wie in der ambulanten ärztlichen Versorgung wird auch in der Arzneimitteldistribution die Rolle der freiberuflichen Apothekerinnen und Apotheker in den Mittelpunkt gestellt. Die freiberufliche Profession soll gegen den Zugang von Apothekenketten geschützt werden.

Dazu soll nicht nur das den Wettbewerb einschränkende Mehr- und Fremdbesitzverbot erhalten bleiben, sondern auch der bereits existierende Versandhandel soweit wie möglich eingeschränkt werden. Internationale Erfahrungen – etwa aus Großbritannien und Norwegen – haben jedoch gezeigt, dass ein Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Distributionsformen in der Arzneimitteldistribution eher positive Wirkungen für Patienten und Patientinnen hat (Greß et al. 2009a).

Beide Länder zeigen, dass auch unter der Bedingung von oligopolistischen Strukturen ein intensiver Wettbewerb möglich ist, der mit einer Verbesserung der Versorgungssituation, positiven Auswirkungen auf die Kundenzufriedenheit, längeren Öffnungszeiten und einem vermehrten Investieren in die Verbesserung der Servicequalität einhergeht. Hiervon profitieren vor allem die Kunden, für die sich hieraus direkte Vorteile ergeben. Durch eine Stärkung des Wettbewerbs in der Arzneimitteldistribution in Deutschland würden sich vielfältige Chancen für die Gestaltung der Arzneimittelversorgung ergeben und neuer Raum für Innovationen geboten. Dabei könnten nicht nur die Qualität der Beratung, sondern auch neue Servicekonzepte in ihrer Entstehung gefördert werden. Im Rahmen der derzeitigen Regulierungen sind diese Chancen und Vorteile einer Wettbewerbsstärkung jedoch nicht zu realisieren (Herdegen et al. 2008). Der vom Koalitionsvertrag vorgesehene Schutz der freiberuflichen Apothekerinnen und Apotheker vor dem Wettbewerb mit anders organisierten Betriebsformen ist im Sinne einer konsistenten Wettbewerbsordnung nicht zu rechtfertigen.

3.2.2 Preisregulierung für Arzneimittelhersteller

„Die Vielzahl der sich zum Teil widersprechenden Instrumente, die den Arzneimittelmarkt regeln, werden wir überprüfen. Die Überregulierung wird abgebaut. Der Arzneimittelmarkt wird unter patienten-, mittelstandsfreundlichen und wettbewerblichen Kriterien effizient neu geordnet. ... Die Chancen innovativer Arzneimittel für Patientinnen und Patienten, Wachstum und Beschäftigung wollen wir künftig bes-

ser nutzen, ohne dabei die Finanzierung der Krankenversicherung zu gefährden. Vereinbarungen zwischen Krankenversicherung und pharmazeutischen Herstellern können ein Weg sein, um dieses Ziel zu erreichen. (Koalitionsvertrag, S. 87).“

Den Autoren des Koalitionsvertrags ist hier insofern zuzustimmen, als dass der Arzneimittelmarkt in Deutschland stark reguliert ist. Dies ist jedoch vor dem Hintergrund einiger Besonderheiten des Arzneimittelmarktes unvermeidlich. In öffentlich finanzierten Gesundheitssystemen begründen sich staatliche Preisregulierungen von Arzneimitteln unmittelbar aus deren Erstattungsfähigkeit. In Gesundheitssystemen mit vollständiger Versicherungsdeckung werden den Versicherten beim Eintritt einer Krankheit in der Regel sämtliche Kosten erstattet. Arzneimittel besitzen für die Versicherten damit den effektiven Preis von Null, wodurch ein Anreiz besteht, soviel davon nachzufragen, bis der Grenznutzen ebenfalls auf Null fällt bzw. eine Sättigungsmenge erreicht wurde. Dieser Umstand beeinflusst sowohl das Anspruchsniveau der Versicherten als auch das Ordnungsverhalten der Leistungserbringer und schlägt auch auf die Preisgestaltung durch die Hersteller von Arzneimitteln durch (Niebuhr et al. 2008).

In den meisten europäischen Ländern werden direkte Instrumente auf der Herstellerebene zur Kontrolle der Arzneimittelpreise eingesetzt. Direkte Instrumente zur Preisregulierung von Arzneimitteln umfassen die gesetzliche Festsetzung von Arzneimittelpreisen, die Verwendung internationaler und nationaler Referenzpreise zur Bestimmung der Arzneimittelpreise, Preisverhandlungen der pharmazeutischen Unternehmen mit staatlichen Behörden und staatlich verordnete Preissenkungen und Preisstopps.

In nahezu allen Ländern, deren Arzneimittelpreise staatlich geregelt werden, werden ausländische Preise desselben Arzneimittelpräparates als Vergleichsmaßstab herangezogen (externe Referenz). Existiert ein vergleichbares inländisches Präparat, werden auch die Preise dieses Präparates als Referenzpreis herangezogen (interne Referenz). Das Preismaximum der Arzneimittelpreise orientiert sich häufig an einem europäischen Durchschnittspreis, der sich aus einer Mi-

schung von hohen und niedrigen Preisen diverser Referenzländer zusammensetzt. Auch setzen die meisten Länder neben Maßnahmen zur Preisregulierung weitere Instrumente ein, um etwa durch Budgetierungen, Selbstbeteiligungen und definierte Erstattungsätze das Nachfrageverhalten der Versicherten und das Ordnungsverhalten der Leistungserbringer beeinflussen zu können. Indirekte Maßnahmen betreffen Steuerungen der Preise über ein Referenzpreissystem (Festbetragsystem) wie die Festlegung von Erstattungsobergrenzen anhand von Fest- bzw. Höchstbeträgen z. B. in Deutschland und in den Niederlanden sowie das Gewinnregulierungsverfahren in Großbritannien (Greß et al. 2005).

Vor dem Hintergrund dieses in anderen Ländern eingesetzten Instrumentenkastens bei der Preis- und Erstattungsregulierung von Arzneimittelherstellern kann von einer Überregulierung in Deutschland nicht die Rede sein (OECD 2008). Auf dem Markt für Generika hat der zunehmende Abschluss von Rabattverträgen zu einem starken Preisdruck für die Hersteller geführt. Hier könnte eher zunehmende Regulierung notwendig sein, um den Missbrauch marktbeherrschender Stellungen von Seiten der nachfragenden Krankenkassen zu vermeiden (Greß et al. 2009b). Zu klären ist allerdings zukünftig, inwieweit die Wirkung von Festbetragsregelungen durch den Abschluss von Rabattverträgen geschwächt wird. Die im Koalitionsvertrag vorgesehene mittelstandsfreundliche Neuordnung des Arzneimittelmarktes per se kann im Übrigen kein Ziel für eine effiziente Regulierung sein. Entscheidend ist aus Sicht der Patienten und Versicherten eine kosteneffektive Arzneimittelversorgung und nicht die zugrunde liegende Marktstruktur.

Auf dem Markt für patentgeschützte Arzneimittel, die nicht von Festbetragsregelungen erfasst sind, sind die Hersteller dagegen in Deutschland im internationalen Vergleich in einer komfortablen Position (OECD 2008). Bis zur Einführung der Höchstbetragsregelungen im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes konnten die Hersteller die Preise für diese Präparate frei festlegen. Hersteller mit großem Produktportfolio konnten auf diese Art und Weise sogar Einbußen bei generikafähigen Produkten kompensieren

(Augurzky et al. 2009). Das GKV-WSG hat erstmals Kosten-Nutzen-Bewertungen für festbetragsfreie patentgeschützte Arzneimittel mit einer anschließenden Festlegung eines Erstattungshöchstbetrags durch den Spitzenverband Bund vorgeesehen. Dieses Instrument blieb jedoch bisher stumpf, weil die Kapazitäten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vor allem durch einen Methodenstreit mit der Zunft der deutschen Gesundheitsökonominnen beansprucht wurden.

Eine freiwillige Verhandlungslösung zwischen Spitzenverband Bund und den Herstellern hat ebenfalls nicht gegriffen, weil die Hersteller kein Interesse an solchen Verhandlungen haben (Niebuhr et al. 2008). Die Hersteller würden damit freiwillig auf ihr Recht zur freien Festlegung von Preisen im nicht festbetragsfähigen Marktsegment verzichten. Die Folge wären Preissenkungen, die aus Sicht der Hersteller in mindestens zweierlei Hinsicht nicht erwünschte Folgewirkungen hätten. Erstens ist Deutschland ein wichtiges Referenzland für die Festlegung von externen Referenzpreisen (Stargardt/Schreyögg 2006). Eine Preissenkung in Deutschland hätte damit Preiseinbußen auch in anderen europäischen Ländern zur Folge. Zweitens dient der vom Hersteller festgelegte Preis auch als Referenz für Rabattverträge mit einzelnen Krankenkassen. Sinkt dieser Preis, muss der Hersteller gegebenenfalls auch höhere Rabatte gewähren. Lassen sich Hersteller freiwillig auf einen Höchstbetrag ein, stehen diesen Nachteilen keinerlei Vorteile gegenüber. Im Gegensatz zu anderen Ländern wie Frankreich und der Schweiz besteht kein Anlass für ein preisliches Entgegenkommen, um die Aufnahme des Präparats auf einer Positivliste zu erreichen.

Die im Koalitionsvertrag und auch in den von Minister Rösler angekündigten Plänen zu einem Arzneimittelsparpaket angestrebte Verhandlungslösung wäre nur dann effektiv, wenn sich die Hersteller aus der Vereinbarung von Höchstbeträgen (und den damit verbundenen Nachteilen) die Vermeidung von noch schwerwiegenderen Nachteilen versprechen. Dies setzt allerdings eine funktionierende Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG voraus. Das IQWiG

ist jedoch wegen des angesprochenen Methodenstreits und der anstehenden personellen Neubesetzung der Institutsleitung derzeit in diesem Bereich nur eingeschränkt handlungsfähig. Die Handlungsfähigkeit des IQWIG ist jedoch eine zentrale Voraussetzung für effektive Preisverhandlungen im festbetragsfreien Marktsegment. Das gilt im Übrigen auch für andere Ansätze von Preis- und Erstattungsregulierung – etwa im Rahmen von Positivlisten.

3.3 Krankenhausversorgung

„Deutschland braucht leistungsfähige Krankenhäuser für eine hochwertige, innovative, flächendeckende und wohnortnahe Patientenversorgung. ... Der Prozess einer besseren Verzahnung der Sektoren wird fortgesetzt. ... Die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in den Regionen muss bei verlässlicher Investitionsfinanzierung gewahrt bleiben (Koalitionsvertrag, S. 89).“

Die Vereinbarungen im Koalitionsvertrag zur Krankenhausversorgung sind vage, unspezifisch und nicht geeignet, den auch im stationären Sektor bestehenden Handlungsbedarf zu erfassen. Ein nicht unerheblicher Anteil der Krankenhäuser in Deutschland arbeitet defizitär (Augurzky et

al. 2010), gleichzeitig gilt Deutschland im Hinblick auf die Versorgung mit Krankenhausbetten als überversorgt (Geissler et al. 2010). Die Bundesländer ziehen sich vor dem Hintergrund defizitärer Landeshaushalte zunehmend aus der Investitionsfinanzierung zurück (Neubauer/Beivers 2010). Mit Ausnahme von Verträgen zur integrierten Versorgung ist die stationäre Versorgung außerdem im Gegensatz zur ambulanten ärztlichen Versorgung ein vertragswettbewerblicher Ausnahmebereich. Die gesetzlichen Krankenkassen haben keine Möglichkeit, mit Krankenhäusern zur Initiierung eines Preis- und Qualitätswettbewerbs Selektivverträge zu schließen (Cassel et al. 2008).

Die oben angesprochenen Pläne zur eingeschränkten Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren widersprechen zudem dem oben genannten Ziel einer besseren Verzahnung der Sektoren. Auch unter der Berücksichtigung der Tatsache, dass umfassende Veränderungen in der Krankenhausplanung und -finanzierung ohne Mitwirkung der Bundesländer nicht möglich sind, sind die Vereinbarungen des Koalitionsvertrags in diesem Versorgungsbereich trotz drängenden Handlungsbedarfs völlig unzureichend.

4. Zusammenfassende Beurteilung

Die in einem Koalitionsvertrag getroffenen Vereinbarungen sind notwendigerweise allgemeiner Art und wenig konkret. Nichtsdestoweniger lassen sich aus den Vereinbarungen der CDU/CSU und der FDP im Bereich Gesundheit und Pflege einige deutliche Grundtendenzen herauslesen. Auf der Finanzierungsseite steht die Koalition mit den beschlossenen Maßnahmen für einen deutlichen Politikwechsel im Vergleich zu den vergangenen Regierungen. Am deutlichsten wird dieser Politikwechsel an der beschlossenen Einführung einer einkommensunabhängigen Pauschalfinanzierung mit einem steuerfinanzierten Sozialausgleich und der gleichzeitigen Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags. Zentrale Argumente für die Kopfpauschale sind aus Koalitionssicht positive Beschäftigungswirkungen und eine gerechtere Finanzierung im Steuersystem. Beide Argumente sind nicht überzeugend. Darüber hinaus sind die Umsetzungsprobleme des Sozialausgleichs erheblich und bisher nicht im Ansatz gelöst. Außerdem besteht die Gefahr, dass Steuermittel zukünftig für die Finanzierung des Sozialausgleichs gebraucht werden und für die Finanzierung von Leistungsausgaben nicht mehr zur Verfügung stehen. Eine Reform des bestehenden Systems wäre mit deutlich weniger bürokratischem Aufwand und unter Vermeidung unerwünschter Verteilungswirkungen möglich.

Die Koalition verschärft jedoch die Finanzierungsprobleme noch, indem die private Krankenversicherung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt wird. Durch die Rückkehr zu der Ein-Jahres-Frist als Wechselvoraussetzung wird der potenzielle Zufluss von Versicherten in die private Krankenvollversicherung erhöht. Individuelle Wahlmöglichkeiten bei der Bestimmung des Leistungskatalogs und Mehrkostenregelungen erhöhen die Gefahr für eine Entsol-

darisierung in der GKV und eine Stärkung der privaten Krankenzusatzversicherung. Darüber hinaus ist zu befürchten, dass die Umsetzung des Einstiegs in der Kapitalfundierung in der Pflegeversicherung vor allem durch private Pflegezusatzversicherungen erfolgt.

Auf der Leistungsseite ist der Koalitionsvertrag durch Widersprüchlichkeiten gekennzeichnet. Auf der einen Seite bekennt sich die Koalition zu Vielfalt und Wettbewerb in der Versorgung. Es sollen demnach die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb um innovative und effiziente Lösungen geschaffen werden. Auf der anderen Seite werden Vielfalt und Wettbewerb in der Versorgung an mehreren Stellen des Koalitionsvertrags explizit eingeschränkt. Freiberufliche Ärzte und Apotheker sollen vor dem Wettbewerbsdruck kapitalkräftiger Konkurrenten durch Zulassungsbeschränkungen von Medizinischen Versorgungszentren, Einschränkung des Versandhandels von Arzneimitteln, den Erhalt des Fremd- und Mehrbesitzverbotes für Apotheken und das Vertragsmonopol für freie Arztverbände bei der hausarztzentrierten Versorgung geschützt werden. Dabei wird offensichtlich unterstellt, dass diese Konkurrenz Therapiefreiheit und Versorgungssicherheit aus Gewinninteresse bedroht. Die Auswirkungen des Gewinninteresses freiberuflicher Unternehmer werden nicht thematisiert. Völlig unzureichend sind darüber hinaus trotz dringenden Handlungsbedarfs die Pläne für die Reform der Krankenhausplanung und -finanzierung. Auch bei der Preisregulierung für verschreibungspflichtige Arzneimittel im nicht festbetragsfähigen Markt ist kein Durchbruch zu erkennen, der zu einer stärkeren Berücksichtigung der Kosteneffektivität bei der Preisfindung führen wird.

5. Literaturverzeichnis

- Augurzky, B./S. Göhlmann/S. Greß/J. Wasem (2009). „Effects of the German Reference Drug Program on Ex-Factory Prices of Prescription Drugs: A Panel Data Approach.“ *Health Economics* 18: 421–36.
- Augurzky, B./S. Krolop/C. M. Schmidt (2010). Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser. Krankenhaus-Report 2010. Krankenhausversorgung in der Krise? J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich. Stuttgart, Schattauer: 13–24.
- Bach, S. (2005). Mehrwertsteuerbelastung der privaten Haushalte. Dokumentation des Mehrwertsteuer-Moduls des Konsumsteuer-Mikrosimulationsmodells des DIW Berlin auf Grundlage der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Berlin. Download www.diw.de/deutsch/produkte/publikationen/datadoc/docs/diw_datadoc_2005-010.pdf, Data Documentation 10. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Cassel, D./I. Ebsen/S. Greß/K. Jacobs/S. Schulze/J. Wasem (2008). Nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition: Vorfahrt für Vertragswettbewerb? Vertragswettbewerb in der GKV – Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. D. Cassel, I. Ebsen, S. Greß, K. Jacobs, S. Schulze, J. Wasem. Bonn, Wissenschaftliches Institut der AOK: 151–224.
- Döring, D./S. Greß/C. Logeay/R. Zwiener (2009). Kurzfristige Auswirkungen der Finanzmarktkrise auf die sozialen Sicherungssysteme und mittelfristiger Handlungsbedarf. WISO Diskurs – Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik. Bonn, Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung.
- Dräther, H./N. Holl-Manoharan (2009). Modellrechnungen zum zukünftigen Finanzierungsbedarf der sozialen Pflegeversicherung. Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. H. Dräther, K. Jacobs, H. Rothgang. Berlin, KomPart Verlagsgesellschaft: 15–40.
- Dräther, H./K. Jacobs/H. Rothgang (2009). Pflege-Bürgerversicherung. Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. H. Dräther, K. Jacobs, H. Rothgang. Berlin, KomPart Verlagsgesellschaft: 71–93.
- FDP (2009). Für ein einfaches, transparentes und leistungsgerechtes Gesundheitswesen. Berlin, Entschließungsantrag der FDP-Bundestagsfraktion. Drucksache 16/11879 vom 11.02.2009.
- Feil, M./G. Zika (2005). Mit niedrigen Sozialabgaben aus der Arbeitsmarktkrise? Nürnberg, IAB-Kurzbericht 4/2005. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung.
- Fritzsche, B./R. Kambeck/H. D. von Loeffelholz (2003). Empirische Analyse der effektiven Inzidenz des deutschen Steuersystems. Essen, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Geissler, A./M. Wörz/R. Busse (2010). Deutsche Krankenhauskapazitäten im internationalen Vergleich. Krankenhaus-Report 2010. Krankenhausversorgung in der Krise? J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich. Stuttgart, Schattauer: 25–40.
- Greß, S. (2009). Mit gleichen Rahmenbedingungen zu einem fairen Wettbewerb im Gesundheitssystem. Zur Notwendigkeit einer einheitlichen Wettbewerbsordnung auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt. WISO direkt – Analysen und Konzepte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik Bonn, Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Greß, S./K. Grabein/L. Klaucke/J. Wasem (2009a). Auswirkungen einer Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes auf die Versorgungsqualität im deutschen Apothekenmarkt. Arzneimittel-Supply-Chain. Marktsituation, aktuelle Herausforderungen und innovative Konzepte. T. Wilke, K. Neumann, D. Meusch. Baden-Baden, Nomos: 141–50.

- Greß, S./C. Kötting/U. May/J. Wasem (2009b). „Rabattverträge in der gesetzlichen Krankenversicherung – Auswirkungen einer Oligopolisierung des generikafähigen Arzneimittelmarkts.“ *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 14(5): 237–42.
- Greß, S./S. Leiber/M. Manouguian (2009c). „Integration von privater und gesetzlicher Krankenversicherung vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen.“ *WSI-Mitteilungen* 62(7): 369–75.
- Greß, S./D. Niebuhr/J. Wasem (2005). *Regulierung des Marktes für verschreibungspflichtige Arzneimittel im internationalen Vergleich*. Baden-Baden, Nomos.
- Greß, S./S. Staudt/J. Wasem (2007). *Weg von der Beitrags- und hin zur Steuerfinanzierung? Konsequenzen einer Strukturreform aus ökonomischer Sicht*. Die Finanzierung der Sozialversicherung. D. Felix. Berlin, LIT-Verlag: 5–24.
- Greß, S./A. Walendzik/J. Wasem (2009d). „Auswirkungen der Maßnahmen gegen Nichtversicherung im GKV-WSG – Eine Zwischenbilanz.“ *Sozialer Fortschritt/German Review of Social Policy* 58(7): 147–54.
- Herdegen, M./S. Greß/J. Wasem (2008). „Das Verbot des Fremd- und Mehrfachbesitzes an Apotheken: wissenschaftliche Rechtfertigungsstandards und ökonomische Analyse liberalisierter Rechtsordnungen.“ *GesundheitsRecht* 7(8): 409–15.
- Kaltenborn, B./S. Koch/U. Kress/U. Walwei/G. Zika (2003). „Sozialabgaben und Beschäftigung.“ *Mitteilungen aus Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* 36(4): 672–88.
- Kriwy, P./A. Mielck (2006). „Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung: Unterschiede in Morbidität und Gesundheitsverhalten.“ *Das Gesundheitswesen* 68: 281–88.
- Langer, B./A. B. Pfaff/J. Wasem/H. Rothgang/S. Greß (2005). *Ausgestaltung und sozialpolitische Auswirkungen des Kopfpauschalensystems in der Schweiz. Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie – Expertisen zur Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung*. S. Greß, A. B. Pfaff, G. G. Wagner. Düsseldorf, Edition der Hans-Böckler-Stiftung. Band 134: 187–208.
- Meinhardt, V./R. Zwiener (2005). *Gesamtwirtschaftliche Wirkungen einer Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung*. Berlin, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Mielck, A./U. Helmert (2006). *Vergleich zwischen GKV- und PKV-Versicherten: Unterschiede bei Morbidität und gesundheitlicher Versorgung*. Gesundheitsmonitor 2006. J. Böcken, B. Braun, R. Amhof, M. Schnee. Gütersloh, Verlag Bertelsmann-Stiftung: 32–52.
- Neubauer, G./A. Beivers (2010). *Zur Situation der stationären Versorgung: Optimierung unter schwierigen Rahmenbedingungen*. Krankenhaus-Report 2010. Krankenhausversorgung in der Krise? J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich. Stuttgart, Schattauer: 3–12.
- Niebuhr, D./F. Hessel/S. Greß (2008). „Preisregulierung und Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln im Ländervergleich – Internationale Erfahrungen und Optionen für Deutschland.“ *Pharmaco-Economics German Research Articles* 6(2): 79–99.
- OECD (2008). *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*. Paris, OECD.
- Rothgang, H. (2009). *Einführung von Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung. Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*. H. Dräther, K. Jacobs, H. Rothgang. Berlin, KomPart Verlagsgesellschaft: 95–121.
- (2010). „Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung.“ *Das Gesundheitswesen* 72(3): 154–60.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2008). *Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken*. Jahresgutachten 2008/2009. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Stargardt, T./J. Schreyögg (2006). „Impact of Cross-Reference Pricing on Pharmaceutical Prices: Manufacturers' Pricing Strategies and Price Regulation.“ *Applied Health Economics & Health Policy*. 5(4): 235–47.

- Verband der privaten Krankenversicherung (2009). Politischer Nackenschlag der Gesundheitsreform auch 2008 beim Netto-Neuzugang zu spüren. Köln/Berlin, Presseerklärung des Verbandes der privaten Krankenversicherung vom 25. März 2009.
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (2008). Die private Krankenversicherung – Zahlenbericht 2007/2008. Köln, Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
- Wasem, J./S. Greß (2006). Finanzmanagement in Krankenkassen. Management im Gesundheitswesen. R. Busse, J. Schreyögg, C. Gericke. Heidelberg, Springer Verlag: 219–31.
- Wasem, J./S. Greß/H. Rothgang (2005). Kopfpauschalen in der gesetzlichen Krankenversicherung – Lohnt sich ein Systemwechsel? Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie – Expertisen zur Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung. S. Greß, A. B. Pfaff, G. G. Wagner. Düsseldorf, Edition der Hans-Böckler-Stiftung. Band 134: 21–132.
- Zweifel, P./M. Breuer (2002). Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Zürich, Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller.

Der Autor

Prof. Dr. Stefan Greß

Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

stefan.gress@hs-fulda.de



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Projekt Zukunft 2020

Deutschland 2020

Aus der Krise in eine soziale Zukunft

WISO Diskurs

Projekt Zukunft 2020

**Zukunft 2020 – ein Modell für ein soziales
Deutschland**

WISO Diskurs

Projekt Zukunft 2020

**Eine soziale Zukunft für Deutschland –
Strategische Optionen für mehr Wohlstand für alle**

WISO Diskurs

Wirtschaftspolitik

**Die Zukunft der Landesbanken – Zwischen
Konsolidierung und neuem Geschäftsmodell**

WISO Diskurs

Wirtschaftspolitik

**Staatsschulden und Schuldenstaaten –
Europa braucht ein neues Wachstumsmodell**

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

Die offenen Grenzen des Wachstums

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

**Ressourceneffizienz –
Zukunftsstrategie für nachhaltiges Wirtschaften**

WISO direkt

Steuerpolitik

**Welche Steuerpolitik gehört zum
„sozialdemokratischen Modell“?**

WISO direkt

Arbeitskreis Mittelstand

**Fachkräftemangel im Mittelstand:
Was getan werden muss**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

Flächenkonkurrenz zwischen Tank und Teller

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

**Eckpfeiler einer zukünftigen nachhaltigen
Verkehrspolitik**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Kurzfristige Auswirkungen der Finanzmarktkrise
auf die sozialen Sicherungssysteme und mittel-
fristiger Handlungsbedarf**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Grundstruktur eines universellen
Altersicherungssystems mit Mindestrente**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

**Gute Arbeit und lebenslanges Lernen –
das Versagen der Weiterbildung in Deutschland**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

Mehr Demokratie wagen – auch in der Wirtschaft

WISO direkt

Arbeitskreis Dienstleistungen

**Arbeitsplatz Hochschule
Zum Wandel von Arbeit und Beschäftigung in
der „unternehmerischen Universität“**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

**Objekte politischer Fürsorge oder gleichberechtigte
Akteure? – Zur politischen Partizipation junger
Menschen mit Migrationshintergrund**

WISO direkt

Frauen- und Geschlechterforschung

**Geschlechterkampf von rechts –
Wie Männerrechtler und Familienfundamentalisten
sich gegen das Feindbild Feminismus radikalieren**

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso