

Augurzky, Boris; Felder, Stefan; Tinkhauser, Alois

Research Report

Perspektiven des Gesundheitssektors: Wachstumsmotor oder Milliardengrab?

RWI Positionen, No. 44

Provided in Cooperation with:

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen

Suggested Citation: Augurzky, Boris; Felder, Stefan; Tinkhauser, Alois (2011) : Perspektiven des Gesundheitssektors: Wachstumsmotor oder Milliardengrab?, RWI Positionen, No. 44, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/52549>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Boris Augurzky, Stefan Felder und Alois Tinkhauser

Perspektiven des Gesundheitssektors: Wachstumsmotor oder Milliardengrab?

RWI Position #44 vom 1. April 2011

ZUSAMMENFASSUNG

Der Gesundheitssektor ist ein wichtiger Motor der deutschen Wirtschaft. Die demografische Entwicklung, medizinisch-technischer Fortschritt und höherer Wohlstand haben dazu geführt, dass die Ausgaben für Gesundheit in den vergangenen Jahrzehnten überproportional gestiegen sind. Seit 1992 ist ein jährlicher Anstieg der Gesundheitsausgaben von durchschnittlich 3,3% zu verzeichnen. Der durchschnittliche Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stieg aus diesem Grund in den vergangenen 10 Jahren von 12,5% auf 15,5% an.

Vieles spricht für weiteres Wachstum der Gesundheitsausgaben: Erstens wirkt die Alterung der Bevölkerung Ausgabensteigernd; zweitens führt der medizinisch-technische Fortschritt zu steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen; drittens ist bei einem weiter wachsenden Wohlstand davon auszugehen, dass vom individuellen Einkommen relativ mehr für Gesundheitsleistungen ausgegeben wird. Gleichzeitig nimmt die Zahl derer ab, die das Gesundheitswesen finanzieren. Ohne Änderungen am Status quo wird sich eine erhebliche Finanzierungslücke auf tun. Modellgestützt schätzen wir ihr Volumen auf rund 40 Mrd. € bis 2020 und auf über 90 Mrd. € bis 2030. Zur Schließung dieser Lücke müsste der allgemeine Beitragssatz zum Gesundheitsfonds von derzeit 15,5% auf 19,4% bis 2020 und auf 23,8% bis 2030 anwachsen. Diese Schätzungen machen deutlich, dass

IMPRESSUM

Herausgeber

Rheinisch-Westfälisches Institut
für Wirtschaftsforschung e.V.

Hohenzollernstraße 1-3
45128 Essen
Tel. 0201 - 8149-0

Büro Berlin

Hessische Straße 10
10115 Berlin

Das RWI ist Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft.

Schriftleitung

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Redaktion und Ansprechpartner

Nils aus dem Moore,
Tel.: 030-2021598-15, nils.ausdemmoore@rwi-essen.de

Konzeption und Gestaltung

Julica Marie Bracht, Daniela Schwindt, Benedict Zinke

ISBN 978-3-86788-289-7

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2011

www.rwi-essen.de/positionen

die GKV in den nächsten 20 Jahren grundlegend reformiert werden muss. Sie sollte sich zu einer Basisversicherung wandeln und die Absicherung der Ausgaben für die neuen Möglichkeiten der Medizin der privaten Zusatzversicherung überlassen.

Damit der Wachstumsmotor Gesundheitswesen nicht zum Milliardengrab wird, sind auch Maßnahmen auf Seiten der Leistungserbringer notwendig. Dazu zählen im Bereich der stationären und ambulanten Akutversorgung erstens, dass Kassen künftig selektiv mit einzelnen Leistungserbringern über Preise und Qualität verhandeln können; zweitens, dass die detaillierte Krankenhausplanung auf eine Versorgungsplanung mit Kontrollfunktion beschränkt wird; drittens, dass ein standardisiertes, bundesweit einheitliches Informationssystem zur Behandlungsqualität etabliert wird; viertens, dass die Grenze zwischen ambulantem und stationärem Sektor durch Wettbewerb zwischen den Sektoren abgebaut wird; und fünftens; dass in Regionen mit geringer Bevölkerung alternative Versorgungskonzepte etabliert werden. Auch in der Pflege sowie bei Arzneimitteln und Apotheken sind effizienzsteigernde Reformen notwendig.

AUTOREN



Boris Augurzky

Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit im RWI, Leiter des Ausschusses „Stationäre Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) und Geschäftsführer der Institute for Health Care Business (HCB) GmbH.



Stefan Felder

Professor für Volkswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Gesundheitsökonomik an der Universität Duisburg-Essen und Vorsitzender des Gesundheitsökonomischen Ausschusses im Verein für Socialpolitik (VfS).



Alois Tinkhauser

Wissenschaftler im Kompetenzbereich „Gesundheit“ am RWI in Essen und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie der Universität Duisburg-Essen.

1. EINLEITUNG¹

Das Gesundheitswesen ist eine der bedeutendsten Branchen der deutschen Wirtschaft. Die demografische Entwicklung, der medizinisch-technische Fortschritt und ein gesteigerter Wohlstand haben dazu geführt, dass die Ausgaben für Gesundheit in den vergangenen Jahrzehnten überproportional gestiegen sind. Es spricht vieles dafür, dass sich diese Entwicklungen fortsetzen. Die Gesundheitswirtschaft wird daher wohl zu einem wichtigen Wachstumsmotor der deutschen Volkswirtschaft werden. Andererseits dürfte seine Expansion durch absehbare Engpässe der Finanzierung gebremst werden. Diese *RWI Position* gibt in den folgenden Abschnitten einen Überblick über den Status quo des Gesundheitssektors (Abschnitt 2), formuliert vor dem Hintergrund des demografischen Wandels einen Ausblick insbesondere zu den erwarteten Einnahmen und Ausgaben des Gesundheitsfonds (Abschnitt 3) und formuliert vor dem Hintergrund der aufgezeigten Finanzierungslücke eine Reihe von Maßnahmen zur Stabilisierung des Gesundheitswesens (Abschnitt 4).

2. STATUS QUO

Der Gesundheitssektor ist ein wichtiger Motor der deutschen Wirtschaft. Im Jahr 2008 beschäftigte er mehr als 4 Mill. Menschen und setzte über 260 Mrd. € um, was 10,5% des Bruttoinlandsprodukts entsprach. Pro Kopf der Bevölkerung sind das 3 250 € pro Jahr oder 270 € pro Monat. Die Ausgaben für Gesundheit sind in den vergangenen Jahrzehnten überproportional gestiegen. Seit 1992 ist ein jährlicher Anstieg der Gesundheitsausgaben von durchschnittlich 3,3% zu verzeichnen (Schaubild 1). Besonders seit der Jahrtausendwende schreitet die Alterung der deutschen Gesellschaft spürbar voran (Schaubild 2): Die Zahl der Über-80-Jährigen hat zwischen 2001 und 2010 um 38% zugenommen, während die Zahl der Unter-20-Jährigen um 14% gesunken ist.

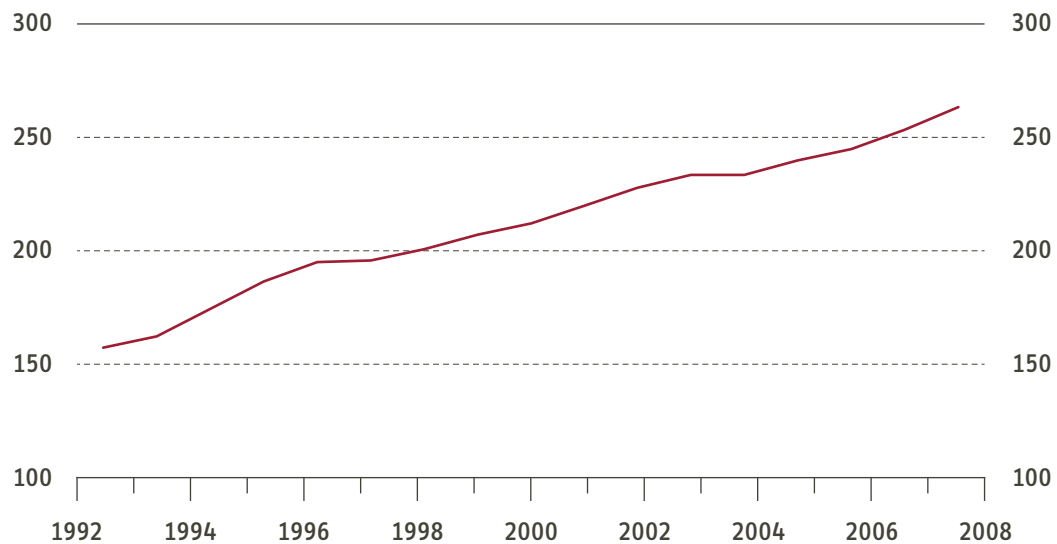
Der durchschnittliche Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stieg daher in den vergangenen 10 Jahren von 12,5% auf 15,5% an (Schaubild 3). Verantwortlich hierfür war neben wachsenden Ausgaben auch ein stagnierendes Lohneinkommen. Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) startete nach einer kurzen Einführungsphase mit einem Beitragssatz von 1,7% im Jahr 1997, der so hoch bemessen war, dass Überschüsse erzielt und somit eine Kapitalreserve aufgebaut werden konnten. Allerdings drehte sich schon drei Jahre später die Rechnung der SPV ins Minus und es begann der Abbau des Vermögens. Der 2005 eingeführte Zusatzbeitrag für kinderlose Versicherte in Höhe von 0,25% bremste den Abbau der Reserve leicht. Die Beitragssatzerhöhung auf 1,95% zum 1. Juli 2008 führte in den vergangenen Jahren zu geringen Überschüssen in der SPV.

¹ Diese *RWI Position* dient der wissenschaftlichen Begleitung und Vertiefung der Handelsblatt-Serie „Deutschland ungeschminkt“. In sechs Folgen zwischen dem 1. und 8. April 2011 stellt das Handelsblatt in Kooperation mit dem RWI den Wirtschaftsstandort Deutschland auf den Prüfstand.

PERSPEKTIVEN DES GESUNDHEITSEKTORS: WACHSTUMSMOTOR ODER MILLIARDENGRAB?

Schaubild 1

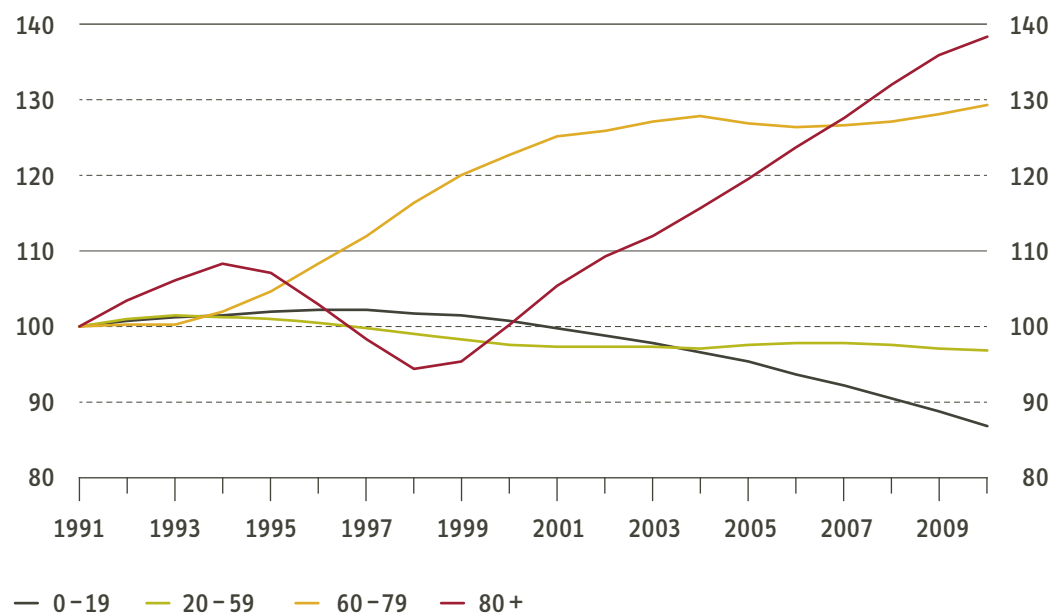
Ausgaben für das Gesundheitswesen
1991 bis 2008; in Mrd. €



Quelle: Statistisches Bundesamt (2010).

Schaubild 2

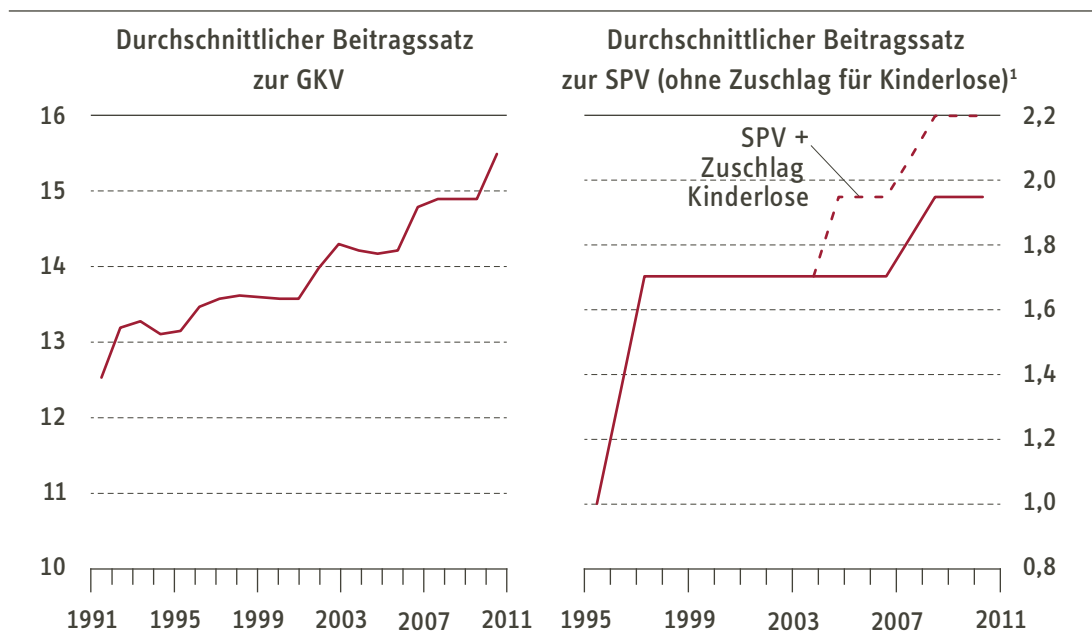
Bevölkerung nach Altersklassen
1991 bis 2010; 1991 = 100



Quelle: Statistisches Bundesamt (2010).

Schaubild 3

Beitragssatz zur GKV und SPV
1991 bis 2011; in %



Quelle: BMG (2010), eigene Berechnungen.

Die Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes für den Gesundheitsfonds im Jahr 2009 änderte den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Nicht mehr unterschiedliche Beitragssätze, sondern unterschiedlich hohe Zusatzprämien zeichnen den Kassenwettbewerb aus, der nun deutlich schärfer wurde. Der Versicherte zahlt die Zusatzprämie alleine und hat damit ein korrektes Preissignal über die Kostensituation seiner Krankenkasse. Im Unterschied zu früher müssen sich auch Geringverdiener überlegen, bei welcher Kasse sie sich versichern. Tatsächlich verlangen einige Kassen im Jahr 2011 eine Zusatzprämie (Tabelle 1): in den meisten Fällen 8 € im Monat, bei einigen mehr. Es gibt allerdings auch Krankenkassen, die im Jahr 2010 eine Ausschüttung an ihre Versicherten vorgenommen haben (BKK A.T.U. 30 €, BKK Wirtschaft & Finanzen 60 € und hkk 60€, jeweils bezogen auf das Jahr).

Bis 2010 griff ein kasseninterner Sozialausgleich, falls die Zusatzprämie 1% des beitragspflichtigen Einkommens eines Versicherten überstieg. Damit gerieten einige Krankenkassen unverschuldet in eine wirtschaftliche Schieflage, weil sie für ihre große Zahl an Geringverdienern nur die reduzierte Zusatzprämie von 8 € erheben konnten. Mit dem im vergangenen Jahr verabschiedeten GKV-Finanzierungsgesetz wurde dieser Konstruktionsfehler behoben. Seit 2011 trägt nun der Gesundheitsfonds und nicht mehr die einzelne Kasse den Sozialausgleich. Krankenkassen können ohne Beschränkungen die Höhe ihres Zusatzbeitrags festlegen. Übersteigt er 2% des beitragspflichtigen Einkommens eines Versicherten, trägt der Gesundheitsfonds die Differenz bei.

Tabelle 1
Krankenkassen mit Zusatzprämie

2011; in €

Kasse	Zusatzprämie
BKK advita	8 €
BKK für Heilberufe	10 €
BKK Hoesch	15 €
BKK Phoenix	8 €
BKK Publik - Partner der BKK Salzgitter	8 €
DAK	8 €
Deutsche BKK	8 €
BKK Gesundheit	8 €
KKH Allianz	8 €
CITY BKK und KRANKE KASSE	15 €

Quelle: www.krankenkassen.de, www.dergesundheitsfonds.de.

Im Gesundheitsfonds fungiert der allgemeine Beitragssatz von 15,5% als Quasi-Gesundheitssteuer, die der Fonds einsammelt und über risikoadjustierte Kopfprämien an die einzelnen Krankenkassen verteilt. Wie die privaten erhalten damit auch die gesetzlichen Krankenversicherungen von ihren Versicherten über den Gesundheitsfonds risikogerechte Prämien.

Künftig werden steigende Gesundheitsausgaben entweder zu höheren Zusatzprämien und/oder zu einem höheren allgemeinen Beitragssatz im Gesundheitsfonds führen. Die Politik kann durch Änderung des allgemeinen Beitragssatzes den Grad des Zuwachses der Prämien bestimmen. Je höher der gewählte Beitragssatz, desto geringer fällt die durchschnittliche Zusatzprämie aus und umgekehrt.

3. AUSBLICK

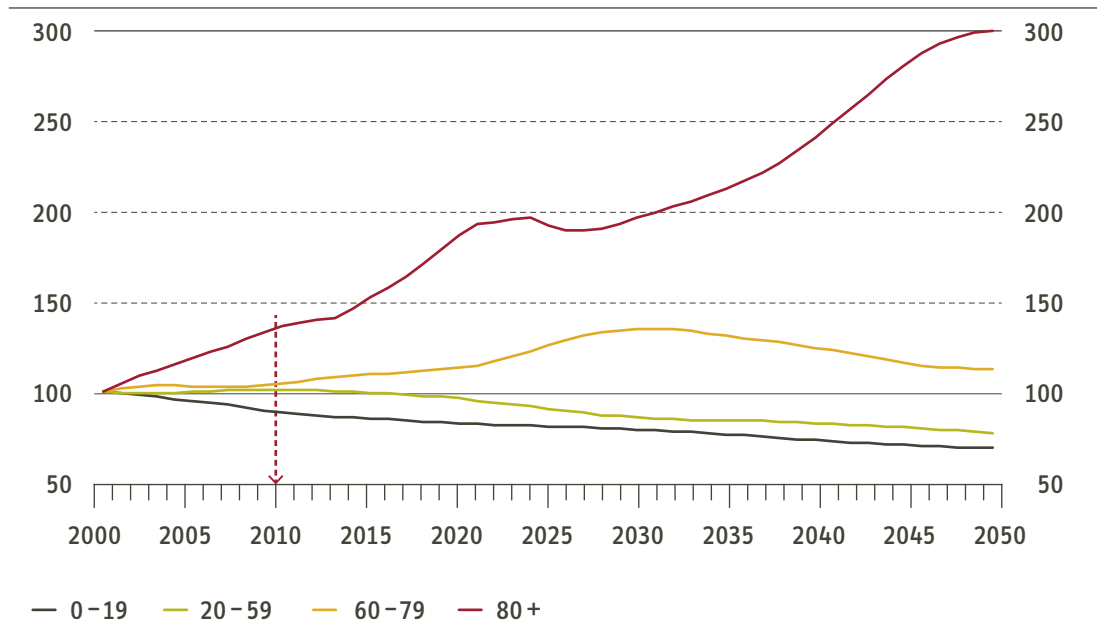
Vieles spricht dafür, mit weiterhin wachsenden Gesundheitsausgaben zu rechnen. Erstens steigt die Zahl der Leistungsbezieher durch die Alterung der Bevölkerung weiter an (Schaubild 4). Die Zahl der Über-80-Jährigen dürfte bis 2030 um etwa 44% steigen, bis 2050 sogar um 120%, die Zahl der Unter-20-Jährigen indessen bis 2030 um 11% und bis 2050 um 22% sinken. Zweitens führt der medizinisch-technische Fortschritt zu steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, weil er oft neue Produkte und Behandlungsme-

PERSPEKTIVEN DES GESUNDHEITSEKTORS: WACHSTUMSMOTOR ODER MILLIARDENGRAB?

Schaubild 4

Bevölkerung nach Altersklassen

2000 bis 2050; 2000 = 100



Quelle: Statistisches Bundesamt (2010).

thoden hervorbringt (Newhouse 1992). Drittens ist bei einem weiter wachsenden Wohlstand davon auszugehen, dass vom individuellen Einkommen künftig relativ mehr für Gesundheitsleistungen ausgegeben wird (Hall, Jones 2007).

Gleichzeitig nimmt die Zahl derer ab, die das Gesundheitswesen finanzieren – sei es über Beiträge zur GKV und SPV oder über die Einkommensteuer. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um die 20- bis 60-Jährigen, deren Zahl bis 2030 um 15% schrumpft. Es bedarf also zunächst keiner komplexen Mathematik, um zu erkennen, dass sich ohne Änderungen am Status quo eine erhebliche Finanzierungslücke auftut. Zur genauen Abschätzung der Höhe dieser Lücke und ihrer möglichen Folgen für die Volkswirtschaft ist jedoch eine Modellierung der Volkswirtschaft nötig. Im Rahmen eines berechenbaren allgemeinen Gleichgewichtsmodells schätzen wir die Finanzierungslücke im Gesundheitswesen auf rund 40 Mrd. € bis 2020 und auf über 90 Mrd. € bis 2030 (Schaubild 5).²

Zur Schließung dieser Lücke müsste der allgemeine Beitragssatz zum Gesundheitsfonds von derzeit 15,5% auf 19,4% bis 2020 und auf 23,8% bis 2030 anwachsen (Schaubild 6). Ähnliches gilt für die SPV (2,3% 2020 und 2,9% 2030). Alternativ könnten die wachsenden Ausgaben in der GKV über Zusatzprämien geschlossen werden, die bis 2020 im Durchschnitt 47 € betragen müssten, bis 2030 115 €.

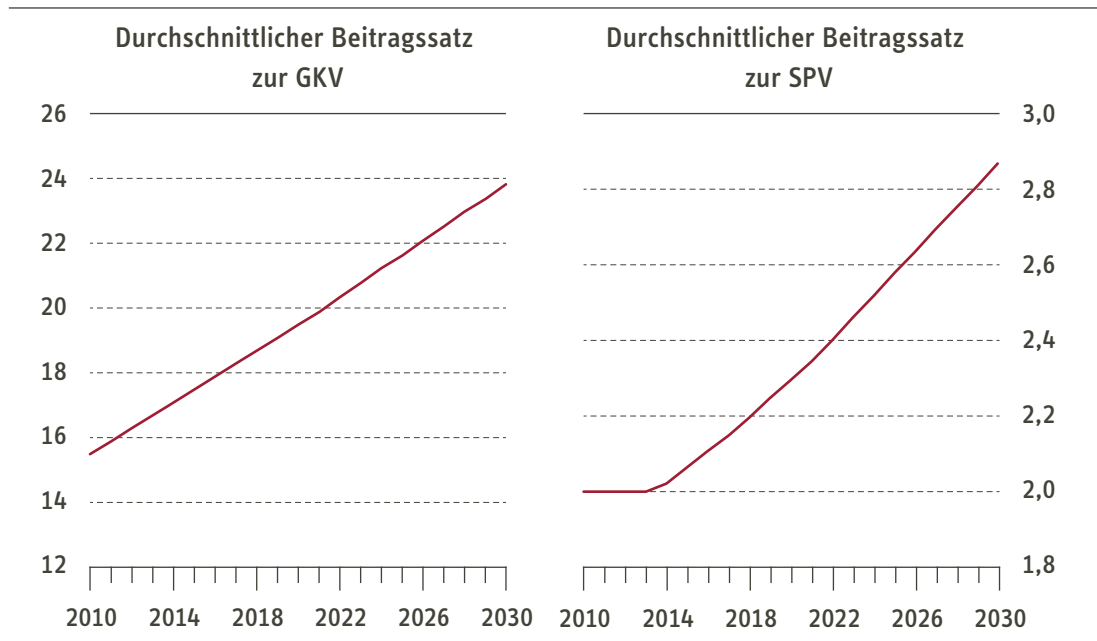
² Das Modell berücksichtigt neben der demografischen Entwicklung u.a. auch den medizinisch-technischen Fortschritt, eine wohlstandsabhängige Gesundheitsnachfrage, Rückkopplungen zwischen den verschiedenen Produktionssektoren in Deutschland und dem Ausland und unterstellt einen generellen Produktivitätsfortschritt.

PERSPEKTIVEN DES GESUNDHEITSEKTORS: WACHSTUMSMOTOR ODER MILLIARDENGRAB?

Schaubild 5

Durchschnittlicher Beitragssatz zur GKV und SPV

2010 bis 2030; in %

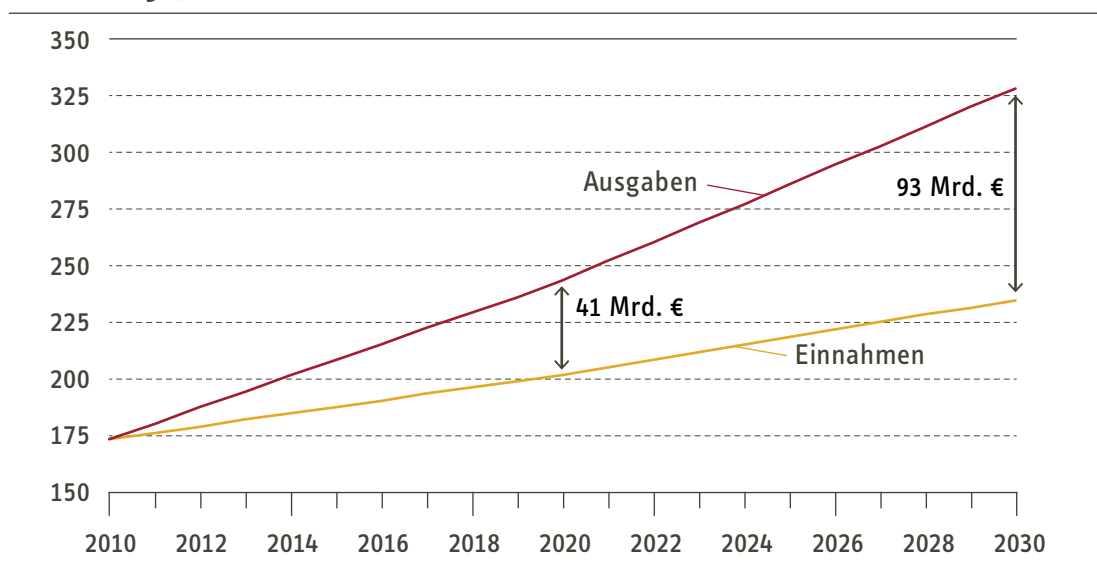


Quelle: Felder, Fetzer (2008), eigene Berechnungen.

Schaubild 6

Erwartete Einnahmen und Ausgaben des Gesundheitsfonds

2010 bis 2030; in Mrd. €



Quelle: eigene Berechnungen. – Die Beitragsbemessungsgrenze wurde noch nicht berücksichtigt. Werte wurden nur für 2010, 2020 und 2030 berechnet. Dazwischen wurde linear interpoliert.

PERSPEKTIVEN DES GESUNDHEITSEKTORS: WACHSTUMSMOTOR ODER MILLIARDENGRAB?

Dieser Ausblick macht deutlich, dass die GKV in den nächsten 20 Jahren grundlegend reformiert werden muss. Sie sollte sich zu einer Basisversicherung wandeln und die Absicherung der neuen Möglichkeiten der Medizin der privaten Zusatzversicherung überlassen. Ergänzend sind Maßnahmen sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch der Patienten umzusetzen, um einen sparsamen Umgang mit den knappen volkswirtschaftlichen Ressourcen zu erreichen.

4. MASSNAHMEN ZUR STABILISIERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS

Im Gesundheitswesen sind immer drei Seiten gleichzeitig zu betrachten, nämlich die Versicherten, die Krankenversicherer und die Leistungserbringer. Instrumente zur Reform des Systems betreffen somit alle drei Seiten dieses Dreiecks. Über den Staat muss darüber hinaus der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt werden. Der Königsweg besteht in einer solidarisch finanzierten einheitlichen Grundsicherung für alle, ergänzt durch freiwillige Zusatzversicherungen und der Stärkung des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen und zwischen Leistungserbringern. Im Folgenden legen wir den Fokus auf die Leistungsseite. Eine noch über die in Tabelle 2 im Überblick dargestellten Reformen hinausgehende Diskussion von Maßnahmen findet sich in Augurky et al. (2010).

Die stationäre und ambulante Akutversorgung kostete im Jahr 2008 124 Mrd. €. Das entspricht etwa der Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben. Die stationäre und ambulante Pflege ist in den vergangenen zehn Jahren vergleichsweise stark angewachsen. Die entsprechenden Ausgaben betragen 28 Mrd. €. Die Ausgaben für Apotheken und Arzneimitteln betragen insgesamt 39 Mrd. € oder rund 15% der gesamten Gesundheitsausgaben. Fehlender Wettbewerb bei den Leistungserbringern führt daher zu weitreichenden und kostspieligen Ineffizienzen.

Der durch den Gesundheitsfonds intensivierte Kassenwettbewerb kann bisher noch wenig Wirkung auf der Leistungsseite entfalten, weil er sich derzeit auf die Verwaltungsausgaben, den Service und die freiwilligen Leistungen der Krankenkassen und somit nur auf einen kleinen Teil der GKV-Ausgaben beschränkt.

Dies würde sich grundlegend ändern, wenn die Kassen selektiv mit einzelnen Leistungserbringern über Preise und Qualität verhandeln könnten, statt wie bislang nur gemeinsam und einheitlich. Erst dadurch könnten sich die Kassen deutlicher von einander unterscheiden und gleichzeitig einen schärferen Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern auslösen. Die derzeitige Krankenhausplanung könnte zur Sicherstellung einer Mindestqualität in der stationären und ambulanten Versorgung in eine Versorgungsplanung übergehen. Zur Stärkung des Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern ist darüber hinaus auch mehr Transparenz über die Behandlungsqualität nötig, die in standardisierter Form, vielleicht bundesweit einheitlich, dem Patienten und dem einweisenden Arzt zugänglich sein muss.

Tabelle 2

Reformen für die Leistungserbringung im Gesundheitswesen

1. Stationäre und ambulante Akutversorgung (2008: 124 Mrd. €)

- ① Selektives Kontrahieren zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern statt Kontrahierungszwang mit dem Prinzip „gemeinsam und einheitlich“
 - ① Beschränkungen der Krankenhausplanung auf eine Versorgungsplanung mit Kontrollfunktion
 - ① Etablierung eines Informationssystems zur Behandlungsqualität in standardisierter, bundesweit einheitlicher Form
 - ① Abbau der Sektorengrenze ambulant/stationär durch Wettbewerb von ambulanten und stationären Anbietern um die beste Versorgung
 - ① Etablierung alternativer Versorgungskonzepte für Regionen mit geringer und schrumpfender Bevölkerung
-

2. Stationäre und ambulante Pflege (2008: 28 Mrd. €)

- ① Regelmäßige Überprüfung der Pflegenoten für Pflegeheime, Diskussion über Errichtung einer unabhängigen Instanz für Pflegenoten
 - ① Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen durch Stopp der selektiven Förderung von Pflegeanbietern
 - ① Abbau von bürokratischen Hemmnissen bei der Wahl von Pflegeangeboten, insbesondere durch Reduktion und Vereinheitlichung der Heimgesetze in den Bundesländern
-

3. Arzneimittel und Apotheken (2008: 39 Mrd. €)

- ① Neue Zulassungspraxis für Medikamente: Zulassung neuer Arzneimittel zunächst beschränkt auf ein Jahr, danach Festlegung eines GKV-Erstattungspreises auf Basis einer Kosten-Nutzen-Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
 - ① Zulassung von Apothekenketten durch die Aufhebung des Mehr- und Fremdbesitzverbots bei Apotheken
-

Quelle: eigene Berechnungen.

Bereits mittelfristig könnten die größten Effizienzreserven durch einen Abbau der Sektorengrenze zwischen stationärer und ambulanter Versorgung gehoben werden. Bisher gehen die beiden Versorgungsformen meist getrennte Wege, mit jeweils eigenen Regeln und Vergütungen. Jeder Leistungserbringer sollte jedoch selbst entscheiden können, welche Leistungen er in welcher Form anbietet. Falls Krankenhäuser ambulante Leistungen bei gleicher Qualität günstiger als niedergelassene Ärzte anbieten, wäre es unverantwortlich, dem Beitragszahler diesen Vorteil vorzuenthalten. Gleiches gilt um-

PERSPEKTIVEN DES GESUNDHEITSEKTORS: WACHSTUMSMOTOR ODER MILLIARDENGRAB?

gekehrt, wenn ambulante Anbieter bislang stationäre Leistungen bei gleicher Qualität günstiger anbieten. Ob dies jeweils der Fall ist, kann nur über den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern entschieden werden, die mit den Krankenversicherungen frei über Leistungsangebote verhandeln.

Langfristig wird die Effizienz der Leistungserbringung in der Akutversorgung maßgeblich auch davon abhängen, ob alternative Versorgungskonzepte für Regionen mit geringer und schrumpfender Bevölkerungsdichte etabliert werden. Das Argument der notwendigen Daseinsvorsorge kann nicht pauschal dazu dienen, an ineffizienten Versorgungsstrukturen im ländlichen Raum festzuhalten. Patentrezepte gibt es nicht, es dürfte sich aber lohnen, von Ländern mit geringer Bevölkerungsdichte und trotzdem guter Gesundheitsversorgung zu lernen. Beispiele dafür gibt es in Deutschland ebenso wie im Ausland (z.B. die skandinavischen Länder, die USA oder Australien).

Auch wenn die Pflege derzeit nur rund 10% des Gesundheitsmarkts ausmacht, wird sie auf Grund der demografischen Entwicklung in Zukunft immer wichtiger werden. Insofern gewinnen Effizienzverbesserungen in der Pflege an Bedeutung. In der Vergangenheit war die Transparenz über die Pflegequalität und somit der Qualitätswettbewerb zwischen Pflegeheimen gering. Eine Verbesserung brachte die Veröffentlichung von Pflegenoten für Pflegeheime seit 2009. Eine zunehmende Qualitätstransparenz kann dazu führen, dass sich das Preis-Leistungs-Verhältnis von Anbietern über den Wettbewerb verbessert. Allerdings gibt es noch Verbesserungspotenzial bei den Pflegenoten.

Darüber hinaus sollten Wettbewerbsverzerrungen von staatlichen Eingriffen vermieden werden. Die selektive Investitionsförderpolitik seitens einiger Bundesländer war ein Fehler. Geförderte Heime konnten ihre Leistungen günstiger anbieten. Diese Wettbewerbsverzerrungen sind offenkundig und sollten möglichst schnell durch die Einstellung der öffentlichen Förderung aufgehoben werden. Ferner ist die Pflege bisher generell durch eine erhebliche staatliche Bevormundung und durch zahlreiche bürokratische Hemmnisse gekennzeichnet, potenziert durch unterschiedliche Heimgesetze auf Länderebene.

Die SPV finanziert über bundesweit einheitliche Pflegesätze derzeit rund 45% der Pflegeleistungen. Die Unterstützung der SPV ist dabei unabhängig vom Preisniveau des Pflegeanbieters. Der Pflegebedürftige, dessen Angehörige oder die Sozialhilfe zahlen daher für die Preisdifferenzen zwischen Pflegeheimen. Sie sollten folglich auch die freie Wahl zwischen unterschiedlichen Pflegeangeboten haben. Gesetzliche Vorgaben für Pflegeheime sollten daher auf ein Mindestmaß beschränkt werden und vor allem bundesweit einheitlich gelten. Auch Preisverhandlungen zwischen Pflegeanbietern und Kostenträgern können aufgrund dieses Teilkaskocharakters der Pflegeversicherung entfallen.

Darüber hinaus gilt es den Arzneimittelbereich, d.h. Apotheken und Arzneimittelhersteller, effizienter zu gestalten. Erhebliche Potenziale zur Kostensenkung bleiben bisher in beiden Bereichen ungenutzt. Dieses Manko resultiert im Bereich der Arzneimittel aus der

PERSPEKTIVEN DES GESUNDHEITSEKTORS: WACHSTUMSMOTOR ODER MILLIARDENGRAB?

im internationalen Vergleich privilegierten Behandlung patentgeschützter Medikamente, im Bereich der Apotheken aus dem Fremdbesitzverbot und einem stark eingeschränkten Mehrbesitzrecht.

Um Kosten und Nutzen in eine bessere Balance zu bringen, sollten neue Arzneimittel zunächst nur befristet für ein Jahr zur Kostenerstattung zugelassen werden. In dieser Zeit wäre der Hersteller wie bisher frei in der Preisgestaltung. Während dieser Frist würde eine Kosten-Nutzen-Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erfolgen, auf deren Basis der Gemeinsame Bundesausschuss entweder den vom Hersteller gesetzten Preis akzeptieren oder einen niedrigeren Erstattungshöchstbetrag festsetzen könnte. Die aktuelle Gesetzeslage stellt gegenüber 2009 bereits eine Verbesserung dar. Es wird allerdings derzeit nur eine Nutzen-, statt einer Kosten-Nutzen-Bewertung vorgeschrieben.

Die deutsche Apothekenlandschaft ist bisher eine weitgehend wettbewerbsfreie Zone. Mit der Abschaffung des Fremdbesitzverbots und der Zulassung von Apothekenketten könnten Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben werden bei, wie internationale Erfahrungen zeigen, mindestens gleichbleibender Servicequalität.

Schließlich sollten auch Maßnahmen auf der Patientenseite mit dem Ziel erfolgen, das Interesse des Patienten an günstigen Preisen und reduzierter Inanspruchnahme zu wecken. Dies ist über eine Eigenbeteiligung des Patienten an den Kosten seiner medizinischen Versorgung möglich. Denkbar wäre eine Regelung wie in der Schweiz, wo die Eigenbeteiligung 10% der verursachten Kosten beträgt. Dabei wird die Eigenbeteiligung insgesamt auf einen Höchstbetrag begrenzt, um das finanzielle Risiko des Versicherten zu begrenzen (Artikel 64, KVG). Da die medizinische Nachfrage häufig nicht unmittelbar an einen akuten Notfall geknüpft ist, wäre die Eigenbeteiligung eine effektive Maßnahme, um das Interesse des Patienten an den Gesundheitskosten zu wecken und um Leistungen der Anbieter zu hinterfragen.

Insgesamt ist die Entwicklung des Gesundheitswesens aus volkswirtschaftlicher Sicht ein Prozess, der gleichermaßen mit Chancen und Risiken verbunden ist. Eine Reihe von Gründen sprechen für eine dynamische Entwicklung, die auch ein positives Beschäftigungspotenzial verheißt. Auf der anderen Seite droht eine erhebliche Finanzierungslücke, wenn nicht erhebliche Anstrengungen zur Effizienzsteigerung unternommen werden.

PERSPEKTIVEN DES GESUNDHEITSEKTORS: WACHSTUMSMOTOR ODER MILLIARDENGRAB?

LITERATUR

Augurzky, B., St. Felder, S. Krolop, Ch.M. Schmidt und J. Wasem (2010), Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm. RWI Positionen #38. Essen.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010), Arbeits- und Sozialstatistik. *Bundesarbeitsblatt*, KJ 1, KM1, KV 45.

Felder, S. und S. Fetzer (2008), Wenn nicht jetzt, wann dann? Zur Reform der Pflegeversicherung. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft* 97 (2), S. 144-161.

Hall, R.E. and C.I. Jones (2007), The Value and the Rise in Health Spending. *Quarterly Journal of Economics* 122 (1): 39-72.

Newhouse, J.P. (1992), Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? *Journal of Economic Perspectives* 6 (3): 3-21.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2010), Gesundheit - Ausgaben, 1995 bis 2008. Fachserie 12: Gesundheitswesen. Wiesbaden.

ZULETZT ERSCHIENENE RWI POSITIONEN

- #43 Wer trägt den Staat?
- #42 Wirtschaftsleistung, Wertschöpfung und Wachstumspotenziale in Deutschland
- #41 Eine Wirtschaftsregierung für Europa?
- #40 Eine unbequeme Wahrheit
- #39 Wehrpflicht und Zivildienst a.D.
- #38 Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm
- #37 Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
- #36 Erneuerbare Energien – Kosteneffizienz muss über weiteren Ausbau entscheiden
- #35 AKW-Laufzeiten: Versteigern statt Verschenken!
- #34 Keine Steuererhöhungen!
- #33 Wohlstand durch Leistung

Die RWI Positionen im Internet: www.rwi-essen.de/positionen

RWI – Forschung und Politikberatung

Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (RWI) ist eines der führenden Zentren für wissenschaftliche Forschung und evidenzbasierte Politikberatung in Deutschland. Das Institut ist Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft. Es wurde 1926 gegründet und arbeitet seit 1943 in rechtlicher Selbständigkeit. Das RWI stützt seine Arbeiten auf neueste theoretische Konzepte und aktuelle empirische Methoden. In sieben Kompetenzbereichen werden ökonomische Zusammenhänge auf allen Ebenen erforscht – vom Individuum bis zur Weltwirtschaft. Die individuelle Prosperität steht in den Kompetenzbereichen „Arbeitsmärkte, Bildung, Bevölkerung“ sowie „Gesundheit“ im Vordergrund. Unternehmen und Märkte werden in „Unternehmen und Innovation“ sowie „Umwelt und Ressourcen“ untersucht. Die Kompetenzbereiche „Wachstum und Konjunktur“ sowie „Öffentliche Finanzen“ analysieren gesamtwirtschaftliche Fragestellungen. Der Kompetenzbereich „Daten“ versorgt die Wissenschaftler mit aktuellsten Methoden und Zahlen. Das RWI veröffentlicht Forschungsergebnisse und Beiträge zur Politikberatung in verschiedenen Publikationsreihen. Weitere Informationen im Internet unter www.rwi-essen.de.