



UNIVERSITÄT
BAYREUTH

Prof. Dr. Volker Ulrich
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insb.
Finanzwissenschaft
Universität Bayreuth
Email: volker.ulrich@uni-bayreuth.de

05.10.2010

Zusammenfassung

„Innovationsmotor Gesundheitswirtschaft“

Berlin, Dienstag, 05. Oktober 2010
Bundessymposium Wirtschaftsrat
Gesundheitswirtschaft statt Staatsmedizin
Politik für ein starkes Gesundheitswesen

Kostenfaktor oder Wachstumsbranche?

Ist Gesundheit, ökonomisch betrachtet, ein Kostenfaktor oder ein Wachstumsmotor und damit auch ein Jobmotor? Bei der Antwort auf diese Frage kommt es auf die Betrachtungsweise an. Natürlich stellen die Gesundheitsausgaben einen Kostenfaktor dar, zumal wenn sie über lohnabhängige Beiträge finanziert werden. Da Gesundheitsleistungen aber in aller Regel mit einer ökonomischen Wertschöpfung verbunden sind, haben sie auch Wachstums- und Beschäftigungsrelevanz. Der Gesundheitssektor ist die größte Branche in Deutschland mit über 4 Mio. Beschäftigten. Im Zeitraum von 1980 bis 2000 entstanden rund 1 Mio. neue Arbeitsplätze; Prognosen der Forschungsinstitute gehen von bis zu 800.000 zusätzlichen Arbeitsplätzen bis zum Jahr 2020 aus. Der Umsatz bzw. die Ausgaben könnten sich in Deutschland im gleichen Zeitraum von 260 Mrd. € auf 450 Mrd. € (2020) erhöhen, für den Weltgesundheitsmarkt wird ein Anstieg von 3.000 Mrd. \$ (2000) auf 7.000 \$ geschätzt.

Zwei Jahre nach der Lehman-Pleite steht die deutsche Wirtschaft wieder relativ gut da: Die Produktion steigt, die Arbeitslosigkeit sinkt, die Konzerne melden gute Ergebnisse. Nach dem bemerkenswerten Wachstum im zweiten Quartal und angesichts der Aufwärtsrevisionen für die vorhergehenden Quartale heben fast alle Forschungsinstitute ihre Wachstumsprognosen für 2010 an. Zwar wird der Boom in der Bauwirtschaft (Auslaufen der Konjunkturpakete) wegfallen und die Weltwirtschaft wird könnte an Dynamik verlieren, dennoch wird bereits im laufenden Jahr ein BIP-Anstieg von 3,0 % im Durchschnitt resultieren.

Die zunehmende Kritik am deutschen Leistungsbilanzüberschuss geht in diesem Kontext am Problem vorbei. Deutschland hat angesichts einer hohen strukturellen Arbeitslosigkeit Reformschritte umgesetzt, bspw. eine Flexibilisierung des Arbeitsmarktes. Heute liegt die Arbeitslosenquote deutlich unter dem Euro-Durchschnitt und der jüngste „Global Competitiveness Report“ des Weltwirtschaftsforums bezeichnet Deutschland als wettbewerbsfähigste Volkswirtschaft im Euro-Raum.

Andere Staaten haben dagegen ihre Leistungsbilanzdefizite – oder besser, die damit verbundenen Kapitalimporte – in zu geringem Umfang für Produktivitätssteigerungen genutzt, etwa durch den Ausbau der Infrastruktur oder die Reform ihrer sozialen Sicherungssysteme. Der Vorschlag, Überschussländern gewissermaßen eine ausgeglichene Leistungsbilanz vorzuschreiben, verkennt die ökonomische Funktion, die solche Salden haben. Für Deutschland ist es wichtig, im Ausland zu investieren, um an Wachstumschancen in den dynamischen und auch demografisch jungen Schwellenländern teilzuhaben. Dadurch wird die Finanzierung der umlagefinanzierten Systeme der sozialen Sicherung etwas entlastet, wenn die angelegten Gelder nebst Rendite zukünftig wieder zurückfließen.

Handlungsbedarf in der Krankenversicherung

Mit Blick auf die Systeme der sozialen Sicherung und ihre hohe explizite und implizite Verschuldung ergibt sich aber trotz der positiven Prognosen weiterer Handlungsbedarf. In der GKV geht es insbesondere um die Entkopplung der Lohnkosten von den Beitragssätzen zur GKV, um eine anreizkonforme Steuerung der Leistungsausgaben und um die Beseitigung der Schnittstellenprobleme.

Finanzierungsaspekte

Das eigentliche Problem besteht darin, dass der bisherige Gesundheitsfonds unter Zielaspekten weder Fisch noch Fleisch ist. Wenn man den Wettbewerb über den pauschalen Zusatzbeitrag stärken möchte - die ursprünglich wichtigste Aufgabe des Fonds - gibt die Begrenzung des Zusatzbeitrags wenig Sinn. Hinzu kommt, dass die Deckelung der Zusatzbeiträge auf 1 % des Einkommens mit der 95 %-Regel für die Anpassung der Beitragssätze nicht zusammenpasst. Hier besteht sicherlich Handlungsbedarf, der durch das „Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FinG) auch aufgegriffen wird.

Die Freigabe des Zusatzbeitrags als solche ist positiv zu bewerten, da nach der Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes nur der Zusatzbeitrag als Wettbewerbsparameter der Kassen dienen kann. Je mehr sich die Kassen im Preis unterscheiden können, umso eher lohnt sich ein Kassenwechsel und umso intensiver wird der Wettbewerb. Allerdings wird der Zusatzbeitrag erst dann ein echter Preis, wenn er von allen erwachsenen Versicherten verlangt wird und nicht nur von Mitgliedern. Dadurch ließen sich auch bestehende Mängel der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten vermeiden. Auch die bisherige annähernd hälftige Aufteilung des Kassenbeitrags auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer verringert letztlich die Transparenz der GKV-Finanzierung. Es ist ökonomisch nicht plausibel, dass der ausgabensteigernde medizinisch-technische Fortschritt die Arbeitskosten erhöht. Auch die hohen Steuerzuschüsse zur GKV sind aus ökonomischer Sicht bedenklich, falls sie nicht zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen in der GKV dienen. Eine zunehmende Steuerfinanzierung der GKV verringert die Transparenz von Kosten und Leistungen. Sie sollte daher regelgebunden auf die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen beschränkt werden.

Ob über den einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag eine stärkere Abkopplung von den Arbeitskosten gelingt, hängt von der konkreten Umsetzung des Sozialausgleichs ab. Zu beachten ist dabei, dass die Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs durch Steuern selbst wiederum Verzerrungen bedingt, so dass ein Teil der Vorteile der einkommensunabhängigen Finanzierung auf der Arbeitnehmerseite wieder verloren geht. Allerdings besteht kein Automatismus mehr zwischen höheren Gesundheitsausgaben und höheren Lohnkosten; nur

noch indirekt über höhere Lohnforderungen in den Tarifverhandlungen kann es zu Erhöhungen der Lohnnebenkosten kommen.

Die Ausgestaltung des Sozialausgleichs im GKV-FinG scheint nicht unproblematisch zu sein. Der Anspruch an einen Ausgleich orientiert sich nur am beitragspflichtigen Einkommen, das nicht die gesamte ökonomische Leistungsfähigkeit des Haushalts widerspiegelt. Langfristig wird der Sozialausgleich zudem Steuererhöhungen nach sich ziehen. Es wäre daher sinnvoll gewesen, die zur Gegenfinanzierung benötigten Steuern konkret zu benennen und nicht nur allgemeine Haushaltsmittel anzuführen.

Es ist auch interessant zu sehen, ob und wie der eingeschlagene Weg weiter gegangen wird. Eine Möglichkeit der Weiterentwicklung besteht im Übergang zu krankenkassenspezifischen Gesundheitspauschalen, die im Vergleich zu der nun beschlossenen Reformvariante eine vollständige Ablösung der lohnabhängigen Beitragsgestaltung vorsehen, d.h. eine Ausschüttung der Arbeitgeberbeiträge an die Arbeitnehmer sowie die Verlagerung der Einkommensumverteilung und des Familienlastenausgleichs aus der GKV in das Steuer- und Transfersystem. In der Wissenschaft wird bereits stärker über die Weiterentwicklung zu einem einheitlichen Krankenversicherungsmarkt in Deutschland nachgedacht, der die bisherige Trennung in GKV und PKV aufhebt.

Innovationen und Regulierung des Arzneimittelmarkts

Seit Jahren versucht die Politik, den Arzneimittelmarkt neu zu regeln. Der Gesetzgeber hat die Arzneimittelversorgung in der GKV vielfach und mit wechselndem Fokus reformiert. Das gegenwärtige Regulierungssystem umfasst 27 Instrumente, die auf den Preis, die Menge oder die Qualität der Medikamente abzielen. Im Unterschied zu anderen Ländern wie Frankreich und Großbritannien, in denen das Schwergewicht der staatlichen Arzneimittelregulierung auf der Herstellerebene liegt, überantwortet das deutsche System den Ärzten zu einem großen Teil die Aufgabe, den Umfang und das Wachstum der Arzneimittelausgaben der GKV zu steuern. Das dauernd wechselnde Regulierungsumfeld führt bei Herstellern und Krankenkassen zu zusätzlichen Kosten. Die Koordination von Angebot und Nachfrage zur Bildung effizienter Preise auf dem GKV-Arzneimittelmarkt funktioniert nicht angemessen.

Das von der Bundesregierung jüngst beschlossene Maßnahmenbündel beinhaltet sowohl kurzfristige Instrumente (Anhebung des Zwangsrabatts der Hersteller von 6 auf 16% und ein Preismoratorium bis Ende 2013) als auch langfristige, strukturelle Änderungen, die im Gesetzentwurf zum Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) zusammengefasst sind.

Der Zwangsrabatt zugunsten der GKV ist eine rein dirigistische Kostendämpfungsmaßnahme. Er ist bestenfalls als Notbremse anzusehen, falls andere Maßnahmen kurzfristig nicht greifen. Besser wäre es gewesen, den Spielraum der Krankenkassen für selektive Verträge mit den Herstellern und Ärzten über die Versorgung ihrer Versicherten mit Arzneimitteln zu erweitern (auch im stationären Bereich). Nicht sachgemäß ist es weiterhin, dass bei einer Einigung zwischen Spitzenverband und Hersteller über die Höhe von zusätzlichen Rabatten jegliche Kosten-Nutzen-Bewertung und damit auch die Bewertung der Wirkung auf die Versorgungslandschaft weitgehend entfallen.

Ziel eines kontrollierten Wettbewerbs auf dem GKV-Arzneimittelmarkts sollte es sein, nach transparenten und stärker wettbewerblichen Lösungen zu suchen, bei denen der Staat eindeutige und zeitlich konsistente Regeln setzt und möglichst viel der freien Vertragsgestaltung zwischen Krankenkassen, Versicherten und Leistungserbringern überlässt.