



Positionen

Boris Augurzky

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Ein Kommentar des Gesetzentwurfes zum GKV-FinG



#37 vom 21. September 2010

Impressum

Vorstand des RWI

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt (Präsident)

Prof. Dr. Thomas K. Bauer (Vizepräsident)

Prof. Dr. Wim Kösters

Verwaltungsrat

Dr. Eberhard Heinke (Vorsitzender);

Dr. Henning Osthues-Albrecht; Dr. Rolf Pohlig; Reinhold Schulte
(stellv. Vorsitzende);

Manfred Breuer; Oliver Burkhard; Dr. Hans Georg Fabritius;
Hans Jürgen Kerkhoff; Dr. Thomas Köster; Dr. Wilhelm Koll;
Prof. Dr. Walter Krämer; Dr. Thomas A. Lange; Reinhard Schulz;
Hermann Rappen; Dr.-Ing. Sandra Scheermesser

Forschungsbeirat

Prof. Michael C. Burda, Ph.D.; Prof. David Card, Ph.D.; Prof. Dr. Clemens Fuest;
Prof. Dr. Justus Haucap; Prof. Dr. Walter Krämer; Prof. Dr. Michael Lechner;
Prof. Dr. Till Requate; Prof. Nina Smith, Ph.D.

Ehrenmitglieder des RWI

Heinrich Frommknecht; Prof. Dr. Paul Klemmer †; Dr. Dietmar Kuhnt

RWI Positionen

Herausgeber:

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
Hohenzollernstraße 1-3, 45128 Essen, Tel. 0201 – 81 49-0

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2010

Schriftleitung:

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Redaktion:

Nils aus dem Moore,

Tel.: 030-2021598-15, nils.ausdemmoore@rwi-essen.de

Konzeption und Gestaltung:

Julica Marie Bracht, Daniela Schwindt, Benedict Zinke

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

Die Finanzierung der GKV



Positionen

Boris Augurzky

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Ein Kommentar des Gesetzentwurfes zum GKV-FinG

#37 vom 21. September 2010

ISBN 978-3-86788-230-9



Boris Augurzky

Boris Augurzky ist 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.

Die Finanzierung der GKV

Zusammenfassung¹

Für die schwarz-gelbe Regierungskoalition stand im ersten Regierungsjahr 2010 eine Gesundheitsreform weit oben auf der Agenda. Ihr Hauptziel sollte darin bestehen, durch die Einführung einer Gesundheitsprämie mit Sozialausgleich eine grundlegende Finanzierungsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erreichen. Gleichzeitig steht die Politik vor der konkreten Herausforderung, eine für das kommende Jahr in der GKV befürchtete Finanzierungslücke in Höhe von 11 Mrd. € zu schließen. Vor diesem Hintergrund diskutiert diese RWI-Position den Gesetzesentwurf zum GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG, in der Fassung vom 25.8.2010).

Insgesamt geht das GKV-FinG den richtigen Weg, weil künftig Ausgabenzuwächse über Zusatzprämien in Verbindung mit einem Sozialausgleich finanziert werden sollen (vgl. auch Richter 2010). Allerdings soll der Sozialausgleich zunächst nur an das beitragspflichtige Einkommen (BPE) und nicht wie im Steuersystem, was sozial gerechter wäre, an die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines GKV-Mitglieds gekoppelt werden. Auf Grund der gegebenen politischen Rahmenbedingungen erscheint derzeit jedoch keine andere Lösung möglich zu sein. Man kann sich allerdings durchaus damit trösten, dass der Sozialausgleich auf diese Weise relativ unbürokratisch durchgeführt werden kann. Im Vergleich zum Status quo handelt es sich somit in jedem Fall um eine Verbesserung: Statt nur isoliert zwischen den jeweiligen Versicherten der einzelnen Kassen wird der Sozialausgleich für die Zusatzprämie künftig über den Gesundheitsfonds, und damit zwischen allen gesetzlich Versicherten, geleistet. Negativ zu bewerten ist jedoch, dass eine langfristige Vereinheitlichung des Krankenversicherungsmarkts offenbar nicht angestrebt wird, sondern die ineffiziente Dualität GKV-PKV aufrecht erhalten werden soll.

Hinsichtlich der Ausgabenseite soll vor allem das Preiswachstum von Gesundheitsleistungen in den Jahren 2011 und 2012 beschränkt werden. Notwendige Maßnahmen zur Erhöhung der Effizienz in der Leistungserbringung sind hingegen nicht vorgesehen. Auch scheinen die vorgesehenen Kostendämpfungsmaßnahmen nicht ausgewogen über alle Leistungserbringer verteilt zu sein. Im aktuellen Gesetzesentwurf sind die Krankenhäuser unverhältnismäßig stark betroffen. Auf Seiten der Leistungserbringer besteht daher im Gesetzentwurf zum GKV-FinG noch Handlungsbedarf.

¹ Der Autor dankt Nils aus dem Moore, Christoph M. Schmidt und Hendrik Schmitz für wertvolle Hinweise und Unterstützung.

Finanzierung der GKV

Für die schwarz-gelbe Regierungskoalition stand eine Gesundheitsreform im ersten Regierungsjahr weit oben auf der Agenda. Ihr Hauptziel sollte darin bestehen, durch die Einführung einer Gesundheitsprämie mit Sozialausgleich eine grundlegende Finanzierungsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erreichen. Gleichzeitig steht die Politik vor der konkreten Herausforderung, eine für das kommende Jahr in der GKV befürchtete Finanzierungslücke in Höhe von 11 Mrd. € zu schließen. Vor diesem Hintergrund diskutiert diese RWI-Position den Gesetzesentwurf zum GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG, in der Fassung vom 25.8.2010). Der Fokus liegt dabei auf der Finanzierungsseite.

Eine Finanzierungsreform sollte fünf übergreifenden Zielen folgen. Sie sollte erstens den Preiswettbewerb zwischen Krankenkassen stärken, zweitens den Sozialausgleich der GKV auf eine breitere Basis stellen, d.h. die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Einzelnen berücksichtigen, und drittens den Sozialausgleich vollständig außerhalb der einzelnen Krankenkassen ansiedeln, um ungerechtfertigte Belastungen einzelner Kassen zu vermeiden. Viertens sollte sie darauf abzielen, die Dualität von GKV und PKV zu beenden, und fünftens die Gesundheitskosten vom Lohn Einkommen nach Möglichkeit zu entkoppeln. Die Gesundheitsprämie mit Sozialausgleich hätte diese Ziele weitestgehend erreichen können, war aber politisch nicht mehrheitsfähig.

Das GKV-FinG sieht nun vor, zumindest den Ausgabenzuwachs der GKV künftig über einkommensunabhängige Zusatzprämien zu finanzieren. Ergänzend soll über den Gesundheitsfonds ein Sozialausgleich erfolgen. Zuvor soll jedoch der allgemeine Beitragssatz zum Gesundheitsfonds von derzeit 14,9% auf 15,5% angehoben und der Arbeitgeberanteil bei 7,3% eingefroren werden. Für einkommensschwache GKV-Mitglieder wird für die Zusatzprämie ein Sozialausgleich implementiert, der sich am beitragspflichtigen Einkommen (BPE) des Mitglieds orientiert, nicht wie im Steuersystem an seiner gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Da die eigentlich wünschenswerte Kopplung des Sozialausgleichs an das Steuersystem auf Grund des zu erwartenden Widerstands der Bundesländer offenbar nicht möglich ist, erscheint eine Orientierung am BPE in der Tat als der derzeit einzig gangbare Weg.

Der vorgesehene Sozialausgleich greift, sobald die durchschnittliche Zusatzprämie 2% des BPE eines Mitglieds übersteigt.² Die bisherige 1%ige Kappung, die zu Lasten der betroffenen Krankenkasse geht, entfällt. Dies ist ein richtiger Schritt,

² Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis soll jährlich bis zum 15. Oktober die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie die voraussichtliche Zahl der Versicherten und der Mitglieder der Krankenkassen als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags für das Folgejahr schätzen. Das Bundesministerium für Gesundheit legt daraufhin den durchschnittlichen Zusatzbeitrag fest.

Die Finanzierung der GKV

weil damit der Sozialausgleich für die Zusatzprämie künftig von der gesamten Versicherungsgemeinschaft und nicht mehr nur von den jeweiligen Versicherten der einzelnen Krankenkassen getragen wird. Letzteres hätte zu ungerechtfertigten Insolvenzen einzelner Kassen führen können. Mit der Kopplung des Sozialausgleichs an das BPE wird daher neben der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) faktisch eine Beitragssatzgrenze (BSG) eingeführt. Im Jahr 2010 beträgt die BBG 45 000 €. Die BSG wird 2011 17,5% betragen, was dem allgemeinen Beitragssatz zum Gesundheitsfonds in Höhe von 15,5% zuzüglich der 2%igen Kappung der Zusatzprämie entspricht.

Hervorzuheben ist, dass sich der Sozialausgleich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag über alle Krankenkassen und nicht am kassenindividuellen Zusatzbeitrag orientieren soll. Dies ist der richtige Weg, um den Preiswettbewerb zwischen Krankenkassen auch für Mitglieder, die vom Sozialausgleich profitieren, in vollem Maße aufrecht zu erhalten. Würde hingegen der kassenindividuelle Zusatzbeitrag bei 2% des BPE gekappt, gäbe es aus Sicht der vom Sozialausgleich begünstigten Mitglieder keine Preisunterschiede mehr zwischen Kassen, deren Zusatzbeitrag 2% ihres BPE übersteigt.

Das folgende Schaubild 1 verdeutlicht die Grenzen bei einer jährlichen durchschnittlichen Zusatzprämie von 300 € beziehungsweise 25 € pro Monat. Bei einem BPE von 5 000 € beträgt der lohnabhängige Beitrag 775€, die Zusatzprämie ohne Kappung 300 € und nach Kappung 100 € (Sozialausgleich = 200€), insgesamt also 875 €. Bei einem BPE von 10 000 € beträgt der lohnabhängige Beitrag 1 550 € und die gekappte Zusatzprämie 200 € (Sozialausgleich = 100€), der Gesamtbeitrag also 1 750 €. Bei einem BPE von 40 000 € und einem lohnabhängigen Beitrag von 6 200 € fällt indessen die volle Zusatzprämie von 300 € an (Sozialausgleich = 0€). Der Gesamtbeitrag liegt bei 6 500 €. Die Beitragssatzgrenze läge in letzterem Fall bei 7 000 €. Falls die tatsächliche Zusatzprämie eines Versicherten indessen nur 100 € beträgt, erhält z.B. der Versicherte mit einem BPE von 10 000 € dennoch den genannten Sozialausgleich von 100 €. Damit beträgt sein persönlicher Zusatzbeitrag nach Sozialausgleich 0 € und der gesamte Beitrag zur GKV besteht nur aus dem lohnabhängigen Teil von 1 550 €.

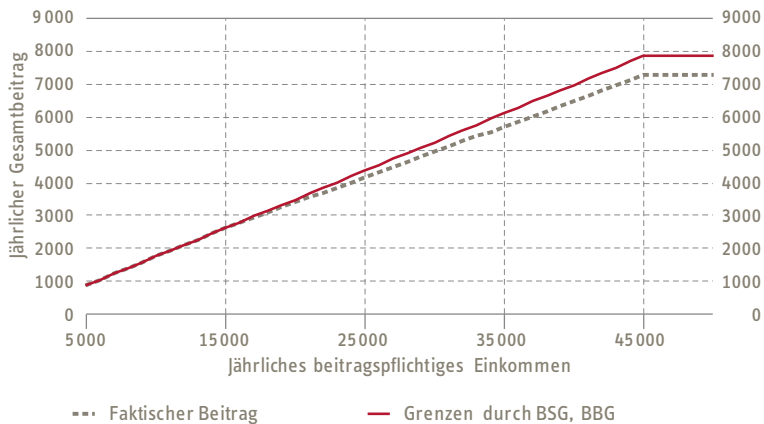
Da dem Gesundheitsfonds durch die gekappten Zusatzbeiträge von Mitgliedern mit kleinem BPE weniger Mittel zur Verfügung stehen als nötig, um alle Ausgaben zu decken, sind zusätzliche Mittel zur Finanzierung dieses Sozialausgleichs nötig. Sie werden bis 2014 über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht, d.h. innerhalb des Gesundheitsfonds, was unter den derzeitigen Rahmenbedingungen folgerichtig ist. Perspektivisch soll sich der Sozialausgleich an der

Position #37 vom 21. September 2010

Schaubild 1

GKV-Gesamtbeitrag in Abhängigkeit vom beitragspflichtigen Einkommen

Beispiel bei monatlicher Zusatzprämie von 25 €; Angaben in €



gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines GKV-Mitglieds orientieren, d.h. über Steuermittel zu finanzieren sein. Die Umsetzbarkeit dieses Vorhabens ab 2014 wird von den dann vorliegenden politischen Mehrheiten abhängen. Ein wichtiger positiver Nebeneffekt der Kopplung an das BPE, der für den konzeptionell unbefriedigenden Verzicht auf die Einbeziehung anderer Einkommensarten durchaus entschädigt, ist übrigens, dass der zusätzliche Aufwand für Bürokratie gering ausfällt. Ferner muss für einkommensschwache PKV-Versicherte kein Sozialausgleich implementiert werden, was bei einem Sozialausgleich über das Steuersystem sonst aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit eigentlich erforderlich wäre.

Die zusätzliche Bürokratie fällt deswegen gering aus, weil das BPE jedes GKV-Mitglieds zumindest der Krankenkasse bekannt ist. Im Wesentlichen sind zwei Fälle zu unterscheiden. Wenn ein Mitglied nur ein BPE besitzt, kann der Sozialausgleich sehr einfach errechnet werden, weil dann dem Arbeitgeber, dem Rentenversicherungsträger oder – bei einigen freiwillig versicherten Mitgliedern, die ihren Beitrag direkt an ihre Krankenkasse entrichten – der Krankenkasse das gesamte BPE bekannt ist. Der Arbeitgeber reduziert auf der Gehaltsabrechnung den lohnabhängigen Beitrag (15,5%) um den automatisch berechenbaren Sozialausgleich bzw. die Rentenversicherung reduziert entsprechend den von der Rentenhöhe abhängigen Beitrag. Schwieriger wird es bei Mitgliedern mit mehr als einem BPE. Zur Vermeidung von Überzahlungen muss eine Stelle zur Durchführung des Sozialausgleichs definiert werden. Diese Stelle, üblicherweise der Hauptarbeitgeber

Die Finanzierung der GKV

oder die Deutsche Rentenversicherung, benötigt die Information über die Summe aller BPE des Mitglieds, womit dann der Sozialausgleich sofort errechnet werden kann.

Bereits heute erfordert die Existenz der BBG für Mitglieder mit einem in der Summe über der BBG liegenden Einkommen eine solche Abstimmung zwischen verschiedenen Stellen, um Beiträge oberhalb der BBG zu vermeiden. Analog muss nun zusätzlich die BSG berücksichtigt werden. Der zu berücksichtigende Mitgliederkreis vergrößert sich dadurch. Auf Grund der Beschränkung des Sozialausgleichs auf das BPE kennt jedoch stets die Krankenkasse das gesamte BPE, sodass zumindest ex post immer überprüft werden kann, ob es zu Überzahlungen gekommen ist. Denkbar wäre daher, dass der Sozialausgleich rückwirkend, nach Abschluss eines Kalenderjahrs, gewährt wird. Dies wäre im Prinzip einfach zu handhaben, hätte allerdings zur Folge, dass die begünstigten Mitglieder Liquiditätsengpässe überbrücken müssten, was gerade bei Mitgliedern mit geringem Einkommen Schwierigkeiten bereiten dürfte. Insofern ist ein Sozialausgleich ex ante notwendig. Angesichts der hier geschilderten Umstände ist die dafür zusätzliche Bürokratie jedoch vertretbar, auch weil nicht viele Mitglieder mehr als ein BPE beziehen dürften.

Insgesamt ist die Reform der Finanzierungsseite – unter den gegebenen politischen Rahmenbedingungen – damit als gelungen zu bezeichnen. Negativ zu bewerten ist lediglich, dass der Zugang zur Privaten Krankenversicherung (PKV) wieder erleichtert werden soll. Dies erschwert die Beendigung der Dualität von GKV und PKV.

Perspektivisch wäre zur Durchführung des Sozialausgleichs nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit denkbar, dass der einkommensabhängige Teil des Beitrags (15,5%) über das Finanzamt statt über die Kassen eingezogen wird. Das Finanzamt würde dann diese „Gesundheitssteuer“ im Auftrag des Gesundheitsfonds analog zur Lohnsteuer erheben, allerdings bezogen auf alle Einkommensarten statt nur auf das Lohneinkommen und unter Beachtung der BBG. Die einzelnen Kassen würden dann lediglich die Zusatzprämie in Rechnung stellen. Der Sozialausgleich würde dadurch in einfacher Weise vom BPE auf die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ausgeweitet. Ein solches System wäre mit dem Einzug der Kirchensteuer über das Finanzamt im Auftrag der Kirchen vergleichbar.

Die Einbeziehung der PKV in das System wäre hierfür zwar sinnvoll, jedoch nicht zwingend erforderlich. Bei Einbeziehung der PKV gäbe es zwei Optionen: (i) PKV-Versicherte zahlen ebenfalls die Gesundheitssteuer, die PKVen erhalten dann vom Gesundheitsfonds die durchschnittliche Kopfprämie und verlangen von ihren Versicherten die Differenz zur tatsächlichen (risikoorientierten) Prämie, (ii) PKVen

Position #37 vom 21. September 2010

werden zu GKVEn, d.h. in der Welt der Zusatzprämie geben sie risikoorientierte Prämien auf und nehmen stattdessen am Risikostrukturausgleich teil³. Ohne Einbeziehung der PKV würden die in der PKV versicherten Steuerzahler von der Gesundheitssteuer befreit werden, vergleichbar mit der Befreiung von der Kirchensteuer bei Steuerzahlern, die nicht der evangelischen oder katholischen Kirche angehören.

Kostendämpfungsmaßnahmen

Allein die Anhebung des Beitragssatzes zum Gesundheitsfonds von 14,9% auf 15,5% wird nicht reichen, um das Ausgabenwachstum im Jahr 2011 finanzieren zu können. Daher muss auch das Ausgabenwachstum selbst beschränkt werden. Um dies nachhaltig zu erreichen, müssten Wettbewerbselemente im Gesundheitswesen ausgebaut werden, die allerdings nur mittel- bis langfristig eine Wirkung entfalten können. Das GKV-FinG sieht auf der Leistungsseite leider keine Maßnahmen zur Verbesserung der Struktur vor, sondern zielt lediglich darauf ab, Zuwächse bei Preisen und Mengen in den Jahren 2011 und 2012 zu begrenzen. Erstens sollen die Verwaltungskosten der Krankenkassen 2011 eingefroren werden. Eine solche Maßnahme ist allerdings nicht notwendig, weil die GKV-Versicherten durch den Kassenwettbewerb ohnehin über die Höhe der gewünschten Verwaltungsausgaben entscheiden können. Es steht dem Versicherten schließlich frei, jederzeit eine Kasse mit geringeren Verwaltungskosten zu wählen. Der bereits existierende Preiswettbewerb zwischen Krankenkassen ist daher ein ausreichendes Instrument zur Kontrolle der Verwaltungsausgaben.

Zweitens sollen Erlöszuwächse von Krankenhäusern begrenzt werden. Für zusätzlich vereinbarte Leistungen gegenüber dem Vorjahr soll ein so genannter Mehrleistungsabschlag in Höhe von 30% im Jahr 2011 gelten, der Abschlag für 2012 ist dann zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern zu vereinbaren.⁴ Darüber hinaus soll das Wachstum der Preise für Krankenhausleistungen sowohl 2011 als auch 2012 auf die halbe Grundlohnrate beschränkt werden – statt auf die volle Grundlohnrate oder den noch zu erarbeitenden Orientierungswert. Für 2011 würde das ein Preiswachstum von 0,575% bedeuten. Diese Maßnahmen sind für

³ Dies würde allerdings zusätzlich eine Lösung für die PKV-Bestandskunden und deren Altersrückstellungen erfordern.

⁴ Der Mehrleistungsabschlag bedeutet, dass für Leistungen, die zusätzlich zu den mit den Krankenkassen im Voraus vereinbarten Leistungen erbracht werden, ein Abschlag berechnet wird. Da die Preise für Krankenhausleistungen gesetzlich festgesetzt sind, besteht außerdem keine Möglichkeit, im Vorfeld höhere Preise zu vereinbaren. Der Mehrleistungsabschlag ist also spürbar.

Die Finanzierung der GKV

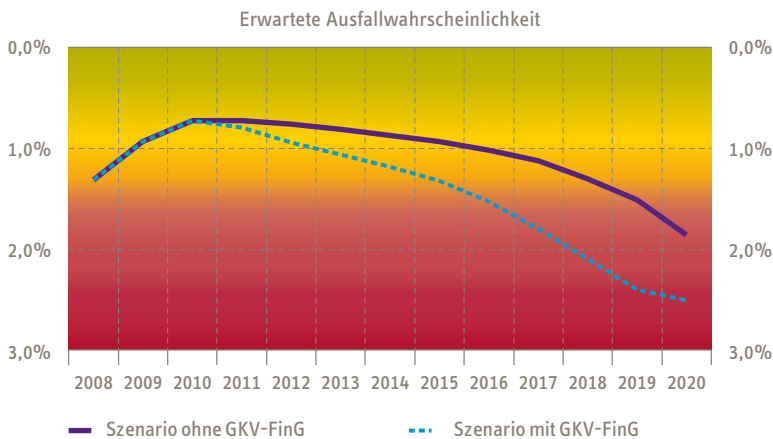
Krankenhäuser spürbar. Allerdings dürfte die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser 2009 und 2010 deutlich besser ausgefallen sein als in den Jahren zuvor. Ein geringeres Preiswachstum scheint daher 2011 vertretbar.

Unter dem GKV-FinG und unter Berücksichtigung weiterer Erlösbestandteile sowie einer Zunahme der Patientenzahlen ist mit einem Anstieg der gesamten Krankenhauserlöse 2011 von rund 1,1% und 2012 von rund 1,2% zu rechnen. Dem steht allerdings ein spürbarer Anstieg der Betriebskosten, v.a. der Personalkosten, gegenüber. In den Jahren 2011 und 2012 sind jeweils etwa 2,7% bis 2,8% höhere Betriebskosten zu erwarten (Augurzky et al. 2010). Damit ergibt sich 2011 eine Finanzierungslücke von rund 1,2 Mrd. €. Sie geht zunächst zu Lasten der Profitabilität und wird ohne betriebliche Gegenmaßnahmen langfristig zu einer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage führen (Schaubild 2). Eine Beschränkung der Kostendämpfungsmaßnahme nur auf das Jahr 2011 wäre daher anzuraten.

Schaubild 2

Zwei Szenarien für das Insolvenzrisiko der Krankenhäuser

2008 bis 2020



Weitere Maßnahmen sind im Bereich der vertragsärztlichen, hausarztzentrierten und vertragszahnärztlichen Versorgung vorgesehen, auf die hier im Detail nicht eingegangen wird. Aus Gründen der Gleichbehandlung ist es jedoch anzuraten, die einzelnen Bereiche des Gesundheitswesens entsprechend ihrer Anteile an den Ausgaben der GKV ähnlich stark zu belasten. Dies wird durch die bisher vorgeschlagenen Kostendämpfungsmaßnahmen nicht erreicht. Auffallend ist insbesondere, dass derzeit keine Maßnahmen für Apotheken vorgesehen sind.

Fazit

Das GKV-FinG geht bei der Reform der Finanzierungsseite den richtigen Weg, weil künftig Ausgabenwüchse über Zusatzprämien in Verbindung mit einem Sozialausgleich finanziert werden sollen. Allerdings soll der Sozialausgleich zunächst nur an das beitragspflichtige Einkommen (BPE) und nicht, was sozial gerechter wäre, wie im Steuersystem an die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines GKV-Mitglieds gekoppelt werden. Auf Grund der gegebenen politischen Rahmenbedingungen erscheint derzeit jedoch keine andere Lösung möglich zu sein. Man kann sich allerdings durchaus damit trösten, dass der Sozialausgleich auf diese Weise relativ unbürokratisch durchgeführt werden kann. Im Vergleich zum Status quo handelt es sich daher in jedem Fall um eine Verbesserung: Statt nur isoliert zwischen den jeweiligen Versicherten der einzelnen Kassen wird der Sozialausgleich für die Zusatzprämie künftig über den Gesundheitsfonds, und damit zwischen allen gesetzlich Versicherten, geleistet. Negativ zu bewerten ist jedoch, dass eine langfristige Vereinheitlichung des Krankenversicherungsmarkts nicht angestrebt wird, sondern die ineffiziente Dualität GKV-PKV aufrecht erhalten werden soll.

Hinsichtlich der Ausgabenseite soll vor allem das Preiswachstum von Gesundheitsleistungen in den Jahren 2011 und 2012 beschränkt werden. Eigentlich notwendige Maßnahmen zur Erhöhung der Effizienz der Leistungserbringung sind hingegen nicht vorgesehen. In separaten Positionspapieren werden wir hierfür geeignete Maßnahmen diskutieren. Auch scheinen die im Gesetzentwurf vorgesehenen Kostendämpfungsmaßnahmen nicht ausgewogen über alle Leistungserbringer verteilt zu sein. So sind die Krankenhäuser unverhältnismäßig stark betroffen, die Apotheken hingegen von den Sparmaßnahmen ausgenommen. Auf Seiten der Leistungserbringer besteht also noch Handlungsbedarf.

Die Finanzierung der GKV

Literatur

Augurzky B., R. Gülker, S. Krolop, Ch. M. Schmidt, H. Schmidt, H. Schmitz und S. Terkatz (2010), Krankenhaus Rating Report 2010 – Licht und Schatten. RWI Materialien 59. Essen.

Richter, W.F. (2010), Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes: Entgleiste Reformdebatte wieder auf Spur. IZA Standpunkte 29. Bonn.

Position #37 vom 21. September 2010



rheinisch-westfälisches institut
für wirtschaftsforschung

Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V.

Hohenzollernstraße 1-3
45128 Essen

Büro Berlin

Hessische Straße 10
10115 Berlin

Das RWI ist Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft.

Zuletzt erschienene Positionen des RWI

- #36 Erneuerbare Energien – Kosteneffizienz muss über weiteren Ausbau entscheiden
- #35 AKW-Laufzeiten: Versteigern statt Verschenken!
- #34 Keine Steuererhöhungen!
- #33 Wohlstand durch Leistung
- #32 Eine Reformagenda für Deutschland
- #31 Du sollst nicht zocken
- #30 Quo vadis, Ökonomik?
- #29 Einkommensteuer senken, Pendlerpauschale abschaffen
- #28 Senkt die Einkommensteuer jetzt!
- #27 Ursachen der Finanzmarktkrise: Wer hat versagt?
- #26 CO₂-Emissionshandel: Auswirkungen auf Strompreise und energieintensive Industrien
- #25 Für eine stabilitätsorientierte Geldpolitik

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