

NACHFRAGESEITIGER WETTBEWERB IM GESUNDHEITSWESEN

Axel Börsch-Supan

130-2007

Nachfrageseitiger Wettbewerb im Gesundheitswesen

Axel Börsch-Supan
MEA, Universität Mannheim

Februar 2006

Abstract:

Dieses Papier skizziert grundsätzliche Überlegungen, wie die euphemistisch so genannten „Effizienzreserven“ des deutschen Gesundheitswesens erschlossen werden können. Eine zentrale Rolle spielt dabei die nachfrageseitige Wettbewerbsordnung auf dem System von Märkten, das die ökonomische Grundlage des Gesundheitswesens bildet.

Adresse:

Prof. Axel Börsch-Supan, Ph.D.
Mannheim Institute for the Economics of Aging (MEA)
Universität Mannheim
D-68131 Mannheim
Email: axel@boersch-supan.de

Danksagungen: Wir danken der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), dem Land Baden-Württemberg, dem Gesamtverband der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) und dem U.S. National Institute on Aging (NIA) für die finanzielle Unterstützung des MEA.

1. Einleitung

Deutschlands Gesundheitswesen ist zunächst einmal Anlass zur Zufriedenheit. Seit 1950 ist die Lebenserwartung um mehr als 10 Jahre, die so genannte „aktive Lebenserwartung“, d.h. die Zeit, in der keine Behinderungen vorliegen, sogar noch etwas mehr angestiegen.¹ Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern ist kein Mensch in Deutschland vom Zugang zum Gesundheitssystem ausgeschlossen. Zwar ist auch in Deutschland ein Unterschied im Gesundheitszustand zwischen Arm und Reich festzustellen, aber er ist geringer als z.B. den südlichen EU-Mitgliedsstaaten.²

Dennoch ist das Gesundheitswesen in Deutschland ein Dauerbrenner im Reformstreit. Anlass dazu sind vor allem die hohen Kosten. Es ist, gemessen am Anteil des Bruttoinlandsprodukts, neben der Schweiz das mit Abstand kostspieligste Gesundheitssystem Europas und wird weltweit nur von den Vereinigten Staaten übertroffen (Tabelle 1).

In der Diskussion wird jedoch oft vernachlässigt, dass auch die Leistungen des deutschen Gesundheitssystems keinen Anlass zur Zufriedenheit bieten. Das deutsche Gesundheitswesen leistet im internationalen Vergleich zwar gute Arbeit, bringt jedoch keineswegs Spitzenleistungen hervor. Die Lebenserwartung in Deutschland liegt im unteren Drittel der großen Industriestaaten und ist seit 1990 langsamer gestiegen als sowohl im OECD als auch im EU-Durchschnitt (Tabelle 1). Auch krankheitsspezifische Mortalitätsraten, die vielleicht am ehesten die medizinische Leistung eines Gesundheitssystems messen, sind bei den Krankheiten, die am häufigsten zur Todesursache erklärt werden, in Deutschland höher als in vergleichbar reichen Ländern³.

Ein Gesundheitswesen, das Spitzenkosten verursacht, aber keine Spitzenleistungen hervorbringt, ist ineffizient gegenüber Gesundheitssystemen, die die gleichen Leistungen wie in Deutschland mit einem niedrigeren Kostenaufwand erbringen (gemessen an der Lebenserwartung z.B. die Niederlande) oder mit dem gleichem Kostenaufwand wie in Deutschland besserer Leistungen schafft (z.B. die Schweiz). Wie Tabelle 1 zeigt, gibt es in Europa auch Gesundheitssysteme, die in der Lage sind, höhere Leistungen als in Deutschland dennoch mit niedrigeren Kosten zu produzieren (z.B. Schweden).

¹ OECD Economic Studies No. 30, 2000

² Avendano et al., based on SHARE 2005

³ Vgl. den Literaturüberblick in Wolf 2003, sowie den Materialanhang zu diesem Papier.

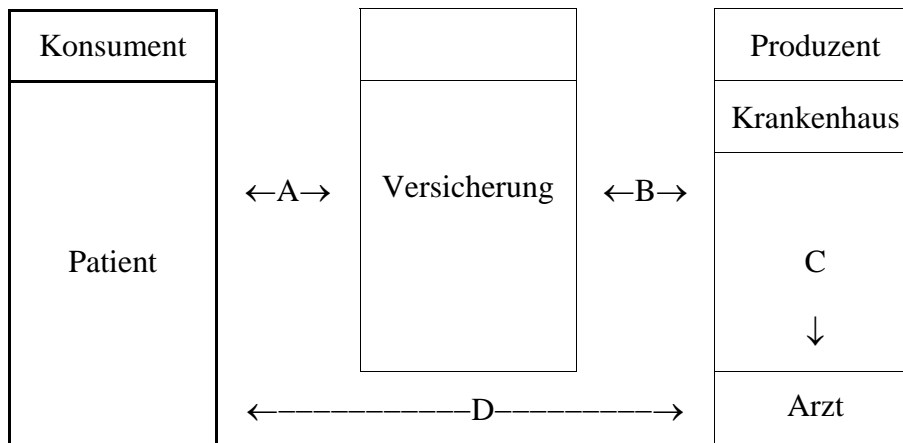
Seit 1980 hat es mehrere Gesundheitsreformen gegeben, die sich vor allem auf den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung konzentriert haben. Nach wie vor fehlt es im Gesundheitswesen jedoch an grundlegenden Reformen, die die Abhängigkeit der Arbeitskosten von den Gesundheitsausgaben mildern, eine nachhaltigere Finanzierung sichern und mehr Wettbewerb fördern.

Dieser Beitrag konzentriert sich auf eine Stärkung des nachfrageseitigen Wettbewerbs, um das Gesundheitswesen effizienter zu machen. Er beschäftigt sich nur insoweit mit der viel diskutierten Finanzierungsfrage, als diese in einem engen Zusammenhang mit einem funktionierenden Wettbewerb besteht. Ausgeklammert werden auch Fragen der Versicherungspflicht, des Leistungskatalogs und der grundsätzlichen Überlegung, mehr Kapitaldeckung in der Krankenversicherung einzuführen. Abschnitt 2 beschäftigt sich mit der Marktstruktur im Gesundheitswesen. Die wesentliche Einsicht ist, dass die Versicherungen nicht nur dafür gebraucht werden, Versicherungsdienstleistungen bereitzustellen, sondern auch als „Agenten“ der Patienten in den Verhandlungen mit den Erbringern von Gesundheitsdienstleistungen dienen müssen. Abschnitt 3 ist dem Zusammenhang zwischen Wettbewerb und Finanzierungsmodus gewidmet. Die wesentliche Einsicht ist, dass auf dem Versicherungsmarkt sowohl auf der Verkäufer- als auch auf der Käuferseite Wettbewerb herrschen muss. Dieser doppelseitige Wettbewerb soll es ermöglichen, dass die Versicherungen ihre Verhandlungsmacht im Interesse der Patienten ausspielen können und dass gleichzeitig die Versicherungsdienstleistungen effizient erbracht werden. Abschnitt 4 beinhaltet einen kurzen Exkurs zu Umverteilung und Anreizmechanismen im Gesundheitswesen. Abschnitt 5 geht auf wichtige Details in den Verhandlungsmechanismen zwischen Versicherungen und den Erbringern medizinischer Leistungen ein. Abschnitt 6 fasst zusammen.

2. Marktstruktur

Auf dem Markt für medizinische Leistungen werden Ärzte und Krankenhäuser oft als *die* Angebotsseite, Konsumenten (Patienten) als *die* Nachfrageseite, und die Versicherungen als (passive) Intermediäre bezeichnet. Genauer betrachtet handelt es sich aber um ein System mit vier Parteien, die vier Arten von Transaktionen abschließen:

Abbildung 1: Marktstruktur im Gesundheitswesen



Konsumenten kaufen Versicherungsleistungen von den privaten oder staatlichen Versicherungen (Transaktion A). Die Versicherungen handeln Verträge mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten aus, die in gewissem Umfang eine Qualitäts- und Leistungskontrolle beinhalten (Transaktion B). Zwischen Krankenhäusern, im Krankenhaus angestellten Ärzten und niedergelassenen Ärzten gibt es eine z.T. vertraglich festgelegte Arbeitsteilung (Transaktion C). Schließlich liefern Krankenhäuser und Ärzte ihre Gesundheitsleistungen an die Konsumenten (Transaktion D).

Die institutionellen Zusammenhänge dieser Transaktionen und Akteure sind zentral für die ökonomische Analyse der Anreizeffekte in diesem komplexen Marktsystem. Im klassischen System der Einzelleistungsvergütung - englisch "fee for service" (FFS) - spielen sich die vier Transaktionen getrennt voneinander ab. Der Konsument bezahlt ein Entgelt für die Gesundheitsdienstleistung und die Versicherung erstattet dem Konsumenten dieses Entgelt. Versicherung und Arzt bzw. Krankenhaus sind unabhängig voneinander. Im Gegensatz dazu gehören in staatlichen Gesundheitswesen (z.B. dem National Health Service in Großbritannien) oder in einer "Health Maintenance Organization" (HMO) Ärzte, Krankenhäuser und Versicherung einer gemeinsamen Organisation an, die die Transaktionen B und C internalisiert.

In Deutschland sind niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser größtenteils getrennt, wobei Krankenhausärzte zumeist Angestellte des Krankenhauses sind, während niedergelassene Ärzte als unabhängige Unternehmer agieren. In vielen anderen Ländern dagegen praktizieren niedergelassene Ärzte in der Regel auch in Krankenhäusern, wobei sie ebenso wie Krankenhausärzte nur Dienstleistungsverträge mit dem Krankenhaus abschließen.

Ein zentrales Merkmal der Transaktionen im Gesundheitswesen und damit des Marktes für medizinische Leistungen ist die asymmetrische Verteilung von Informationen. Dies gilt sowohl für die Erbringung als auch für die Finanzierung medizinischer Leistungen. Wissensvorsprünge einer Partei gegenüber dem Marktpartner sind zahlreich: Ärzte haben Wissensvorteile beim Erkennen und Behandeln von Krankheiten; Patienten können gesundheitsschädliche Aktivitäten oder bestehende Krankheiten vor Versicherungen verbergen; Versicherungen kennen das Risiko ihrer Versicherten besser als die staatlichen Regulierungsbehörden. Die asymmetrische Information ist einerseits das Ergebnis einer sinnvollen Arbeitsteilung und liegt andererseits daran, dass Gesundheitsrisiken und die Qualität von medizinischen Leistungen nur eingeschränkt beobachtet werden können. Asymmetrische Informationen führen zu Marktverzerrungen, weil uninformierte Marktteilnehmer (der „Prinzipal“) vom Wissen der informierten Transaktionspartner (des „Agenten“) profitieren möchten, aber der Agent seinen Wissensvorsprung gegenüber dem Prinzipal ausnützen kann.

Vor Abschluss von Versicherungsverträgen können sich Phänomene der adversen Selektion einstellen, wenn nicht alle vertragsrelevanten Informationen beiden Parteien in gleichem Umfang vorliegen. Adverse Selektion kann nicht nur bei der Wahl der Versicherung seitens der Konsumenten auftreten, sondern auch bei Vertragsabschluss zwischen Ärzten und Versicherungsgesellschaften. Nach Vertragsabschluss kann die Vertragserfüllung einer Partei meist nur unvollständig beobachtet werden. Dann tritt das Problem des Verhaltensrisikos auf: die Verhaltensanreize für die besser informierte Partei verändern sich mit Vertragsabschluss und sind nicht deckungsgleich mit denjenigen der uninformierten Marktteilnehmer. Erschwert wird die Beobachtbarkeit der adversen Selektion und des Verhaltensrisikos dadurch, dass es sich bei medizinischen Dienstleistungen häufig um Erfahrungsgüter handelt, deren Qualität erst nach geraumer Zeit von den Vertragsparteien festgestellt werden kann.

In fast allen Transaktionen führt die asymmetrische Information dazu, dass die Aufwendungen für medizinische Leistungen zumindest nicht unmittelbar die Zahlungsbereitschaft der Individuen reflektieren und dass die Höhe der Zahlungsbereitschaft vom Wissen der informierten Transaktionspartner abhängt. So tragen voll versicherte Patienten nicht die Grenzkosten ihrer Behandlung; Ärzte und Krankenhäuser sind oft nicht an den Folgekosten ihrer Entscheidungen beteiligt. Ist die Zahlungsbereitschaft des Einzelnen als Korrektiv jedoch ganz oder teilweise ausgeschaltet, werden Ausgaben für medizinische Leistungen getätigt, die sich nicht oder nur teilweise im Gesundheitszustand der Bevölkerung wider-

spiegeln. Das Gesundheitswesen wird ineffizient. Selbstbehalte und -beteiligungen können dies lindern, aber nicht vermeiden.

Eine Reform des Gesundheitssystems, die diese Ineffizienzen reduzieren will, muss daher an den Marktverzerrungen und ihren Gründen ansetzen. Zunächst einmal ist davon auszugehen, dass nur Ärzte und Krankenhäuser im Einzelfall beurteilen können, ob eine Behandlung notwendig und angemessen ist. Den Patienten mangelt es an ärztlichem Wissen; zudem sind sie Einzelfälle, die statistische Ausreißer nicht vom mittleren Ergebnis einer Behandlung unterscheiden können. Den Ärzten und Krankenhäusern wiederum mangelt das Korrektiv der Zahlungsbereitschaft: ihr Interesse liegt darin, möglichst viel ihrer Kunst an den Patienten zu bringen. Dagegen können die Versicherungen recht gut abschätzen, wie produktiv ein Arzt oder ein Krankenhaus ist, da erstens dazu die Information über viele Fälle und zweitens auch über alternative Ärzte und Krankenhäuser nötig ist.

Diese Informationen kann ein einzelner Patient sich nur schwer aneignen. Schließlich können nur die Versicherungen, z.B. durch Versuch und Irrtum, in Erfahrung bringen, welche Form des Vertrages und der Vergütung die Leistungserbringer am ehesten dazu veranlasst, ihre eigenen Interessen, die der Patienten und die der Versicherungen miteinander in Einklang zu bringen. Dieses Wissen ist weder bei Politikern noch bei Aufsichtsbehörden vorhanden, so dass der Versuch, „effiziente“ Vergütungsformen gesetzlich zu regeln, zum Scheitern verurteilt ist.

Krankenversicherungsgesellschaften haben daher nicht nur die Aufgabe, Gesundheitsrisiken abzudecken, sondern auch, als Agent der Versicherten auf dem Käufermarkt für medizinische Leistungen gegenüber den Leistungserbringern (Ärzte und Krankenhäuser) aufzutreten. Diese Funktion wird im deutschen Gesundheitssystem derzeit nur unzureichend ausgefüllt.

Besteht zwischen Versicherungen Wettbewerb um Versicherungspolice, dann haben Versicherungen Anreize, sich sowohl die nötigen Informationen zu beschaffen, als auch die Gesundheitsdienstleistungen, die sie den Versicherten erstatten, möglichst effizient erbringen zu lassen. Denn sie können Kostenersparnisse bei der Produktion eines gegebenen Leistungsniveaus (zumindest teilweise) an die Versicherten weitergeben und haben damit einen Wettbewerbsvorteil gegenüber Konkurrenzversicherungen. Sie können durch Kostenersparnisse auch höhere Gewinne erzielen.

Der nachfrageseitige Kern einer die Effizienz steigernden Reform des Gesundheitswesens liegt genau an dieser Stelle. Zum einen muss der Wettbewerb zwischen Versicherungen

um Versicherungspolice so funktionieren, dass die Konsumenten im gesunden Zustand und ohne den Zeitdruck einer unmittelbar bevorstehenden Behandlung die günstigsten Preis-Leistungspakete im Lichte der Konkurrenzangebote und ihrer eigenen Zahlungsbereitschaft wählen können. Zum anderen müssen Versicherungen effiziente Leistungserbringer mit einer Stärkung der Nachfrage nach ihren Leistungen belohnen und ineffiziente durch Auftragsentzug bestrafen können. Der folgende Abschnitt geht auf den ersten Aspekt ein, Abschnitt 5 auf den zweiten.

3. Wettbewerb auf den Versicherungsmärkten

Wettbewerb erfordert – neben einer ausreichenden Anzahl von Anbietern und ausreichenden Informationen – vor allem ein funktionierendes Preissystem, in der die Zahlungsbereitschaft mit dem Preis des gewünschten Gutes in Einklang gebracht werden kann. Dies ist jedoch nicht alles. Ein funktionierender Wettbewerb verlangt auch, dass sich die Marktparteien zusammenschließen oder wieder trennen können, solange dadurch keine marktherrschenden Stellungen entstehen. Solche Änderungen der Marktstruktur sorgen dafür, dass effiziente Unternehmensgrößen entstehen, und dass ineffiziente Marktparteien insolvent werden können und den Markt verlassen müssen. Versicherungsunternehmen müssen wie alle anderen Unternehmen handeln können und entsprechenden Marktsanktionen unterliegen. Dies schließt Auffangmechanismen für Versicherungskunden insolventer Versicherungsunternehmen nicht aus, vgl. weiter unten.

Mit dem Argument, Arbeiter und Angestellte rechtlich gleich zu behandeln, wurde mit dem Gesundheits-Strukturgesetz von 1993 zugelassen, dass alle Versicherten zwischen den derzeit ca. 250 gesetzlichen Krankenkassen frei wählen können, womit erstmals echter Wettbewerb auf dem Markt für gesetzliche Krankenversicherungen entstand. Damit entstand die Notwendigkeit für die Krankenkassen, mit ihren Beitragssätzen um die Versicherten zu konkurrieren. Nach wie vor blieb jedoch der Leistungskatalog der GKV zu mehr als 99 Prozent gesetzlich vorgeschrieben.

Ein Beitragssatz gibt jedoch kein unverzerrtes Preissignal. Für ein gegebenes Bruttoeinkommen ist der Beitragssatz zwar proportional zum Preis einer Versicherungspolice, nicht jedoch notwendigerweise, wenn sich das Einkommen ändert. Steigt das Einkommen eines Menschen auf das Doppelte, verdoppelt sich auch der Preis dieser Versicherungspolice, obwohl sie weiterhin die gleiche Menge an Gesundheitsdienstleistungen abdeckt. Das Preissystem ist daher in dem Sinne verzerrend, in dem es Gesundheitsdienstleistungen ge-

genüber allen anderen Gütern bei Einkommensänderungen verteuert. Eine Folge ist, dass in der Frage der Ausdehnung oder Einschränkung des Leistungskatalogs durch den Gesetzgeber besser Verdienende, die einen überproportionalen Anteil der Kosten tragen, eher an einer Einschränkung (z.B. durch höhere Selbstbehalte) interessiert sind, während die Interessenlage von Geringverdienern die umgekehrte ist (vgl. Breyer und Haufler 2000). Eine zweite Folge ist, dass besser Verdienende eher geneigt sind, bei Kostenunterschieden die Versicherung zu wechseln, während sich dies für viele Geringverdiener nicht lohnt, da die Transaktionskosten eines Versicherungsverwechslens den Unterschied in den Beitragszahlungen nicht aufwiegt. Ineffiziente Versicherungen können daher beim heutigen Risikostrukturausgleich länger überleben als es bei einkommensunabhängigen Versicherungsbeiträgen der Fall wäre.

Das Ziel, auf dem Versicherungsmarkt mehr Wettbewerb zu installieren, kann man daher nicht unabhängig von der Finanzierungsform der gesetzlichen Krankenversicherung erreichen, da diese die Preissignale definiert. Ein funktionierender Wettbewerb erfordert, dass die Prämien für Versicherungsleistungen für alle Einkommen gleich sind.

4. Wettbewerbsaspekte der Umverteilung und deren Anreizeffekte

Das derzeitige Preissystem wird zumeist damit begründet, dass die gesetzliche Krankenversicherung auch die Aufgabe habe, zwischen Arm und Reich umzuverteilen. Da diese Aufgabe nicht einfach ignoriert werden kann, gibt es Vorschläge, diese Umverteilung in das Steuersystem zu verlagern und für Versicherungsdienstleistungen einheitliche Preise einzuführen.

Eine solche Verlagerung ist aus ordnungspolitischen und steuersystematischen Gründen hilfreich; und sie beseitigt die oben beschriebene Preisverzerrung. Dagegen ändert sie nichts Grundlegendes an den mit der Bindung an das Einkommen (Lohnnebenkosten) assoziierten negativen Anreizeffekten für die Beschäftigung. Diese werden zunächst einmal nur aus dem Gesundheitssystem ins Steuersystem verlagert und werden dort, je nach Ausgestaltung, höchstens durch eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage gedämpft werden.

Eine noch weiter gehende Verringerung der damit verbundenen Verzerrungen ist nur möglich, wenn die derzeitige Umverteilung, die fast das ganze Einkommensspektrum betrifft, in Teilen dieses Spektrums verringert wird. Die derzeitige Umverteilung widerspricht vielen Grundsätzen der Verteilungspolitik. Zum einen sind aus der Umverteilung von Reich

nach Arm die Reichen insoweit ausgeschlossen, als sie derzeit größtenteils nicht im System der gesetzlichen Krankenversicherungen beteiligt sind. Zum zweiten verteilt das System der gesetzlichen Krankenversicherungen nicht nur von den reichsten Haushalten des Systems zu den ärmsten um, sondern es wird linear umverteilt zwischen Reicheren und Ärmeren, ohne dass es auf die absolute Einkommenshöhe ankommt. Ein Haushalt, der knapp unter dem Durchschnittseinkommen liegt, empfängt z.B. Transfers von den Haushalten, die mehr als das Durchschnittseinkommen verdienen.

Von den Vätern der gesetzlichen Krankenversicherung war diese Umverteilung gar nicht gewollt, denn der Einkommensbezug der Beiträge war zunächst Ausdruck des Äquivalenzprinzips, da auch die wichtigste Leistung, das Krankengeld, mit dem Einkommen zunahm. Erst durch die Verlagerung der Lohnfortzahlung auf den Arbeitgeber ist diese Form der Einkommensumverteilung ungewollt entstanden. Man könnte den alten Zustand wieder herstellen, wenn man etwaige Transfers auf die Haushalte beschränken würde, die unter dem Einkommensniveau liegen, das auch in den übrigen Sozialsystemen als Transfergrenze gilt. Eine Beschränkung der Umverteilung auf Transfers von den Reichsten auf die Ärmsten würde daher ebenso die sozialpolitischen Grundsätze unserer Gesellschaft berücksichtigen als auch verzerrende Preissignale und negative Anreizeffekte deutlich verringern können.

5. Verhandlungsmechanismen

Der 1993 begonnene Versuch, über den Wettbewerb im Versicherungsmarkt das Gesundheitswesen selbst effizienter zu machen, wird nur dann gelingen, wenn die Versicherungsunternehmen effiziente Leistungserbringer belohnen und ineffiziente bestrafen können. Derzeit dürfen wegen der korporatistischen Koordination des deutschen Gesundheitswesens einzelne Krankenkassen und einzelne Leistungserbringer nur ganz eingeschränkt Verträge schließen. Eine einzelne Kasse darf im Allgemeinen mit einem einzelnen Krankenhaus keinen Sondervertrag schließen, und schon gar nicht mit einzelnen Ärzten. Die wichtigsten Parameter für die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen stehen diesen also gar nicht zur Verfügung, nämlich der Preis und die Vergütungsform für ein von der Kasse nachgefragtes Leistungsbündel.

Einzel ausgehandelte Sonderverträge mit einzelnen niedergelassenen Ärzten bringen hohe Verwaltungskosten mit sich, wie das amerikanische Beispiel zeigt. Ärzte und Krankenhäu-

ser sollten daher auch in Zukunft Vereinigungen bilden können, die von den Ärzten legitimiert sind, Standardverträge zu formulieren und Standardvergütungen auszuhandeln.

Zudem müsste in der ambulanten ärztlichen Versorgung das Zwangsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschafft werden. Wenn nicht mehr alle Ärzte automatisch der Kassenärztlichen Vereinigung angehören, muss auch der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung auf die jeweilige Kasse übergehen, die dann verpflichtet ist, durch Versorgungsverträge für ein angemessenes Angebot an Leistungen für ihre Versicherten zu sorgen.

Die Versicherungen können durch die Kombination von Patienten- und Behandlungsdaten die Behandlungsverfahren bei vergleichbaren Patientenkollektiven auf ihr Kosten-Erfolgsverhältnis überprüfen. Versicherungen sollten daher das Recht haben, ineffiziente Praxen und Krankenhäuser auszuschließen bzw. Versicherungsverträge auszuhandeln, in denen die freie Arztauswahl auf die effizienten Praxen beschränkt wird und für die daher günstigere Prämien angeboten werden können.

Vorstellbar sind auch Einzelverträge der Krankenversicherungen mit Organisationen, die sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Ärzte umfassen. Solche „Preferred Provider Organizations“ sollten verschiedene geographische und inhaltliche Abgrenzungen haben, sich überlappen können, und als konkurrierende Versicherungspakete angeboten werden können. Die internationale Erfahrung zeigt eine große Bandbreite solcher Organisationsformen. Mehr Freiheit in der Art der Verträge zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern macht es möglich, sich den Markt als Entdeckungsform effizienter Organisationsformen zunutze zu machen.

Insbesondere müsste im Rahmen eines solchen durch Vertragsfreiheit für Kassen und Leistungsanbieter gekennzeichneten Gesundheitssystems der Gesetzgeber nicht mehr, wie es heute noch der Fall ist, regeln, mit welcher Vergütungsform (z.B. Einzelleistungsvergütung oder pauschale Honorarformen) die Leistungen honoriert werden, denn dies könnte den Vertragspartnern überlassen werden. Auch auf diese Weise würde die Rolle des Wettbewerbs als Entdeckungsverfahren für innovative und effiziente Lösungen zur Geltung gebracht werden.

Das gleiche gilt für das seit langer Zeit erklärte politische Ziel, die Integration der Versorgungsbereiche (ambulant/stationär) zu fördern. Dieses Ziel würde in dem Maße, wie es tatsächlich der Qualität und Effizienz der Leistungserbringung dient, durch Herstellung von Vertragsfreiheit von selbst und ohne politischen Druck erreicht. Denn die Kassen

könnten mit Leistungsanbietern der Primärversorgung (vor allem Allgemeinärzten) Versorgungsverträge schließen, die diese zu Managern der fachärztlichen und stationären Versorgung einer bestimmten Gruppe von Versicherten macht. Vermutlich würden sich in einem System der Vertragsfreiheit auch von selbst Gesundheitszentren bilden, die den Kassen die Gesamtversorgung ihrer Versicherten anbieten.

Die Vertragsfreiheit auf dem Versicherungsmarkt findet auf der Käuferseite (d.h. dem Kauf medizinischer Dienstleistungen durch das Versicherungsunternehmen) seine Grenze im allgemeinen Wettbewerbsrecht. Auf der Verkäuferseite (d.h. dem Verkauf von Versicherungsdienstleistungen an den Konsumenten) findet die Vertragsfreiheit seine Grenzen in der adversen Selektion. Ohne einen Kontrahierungszwang haben Versicherungsgesellschaften einen Anreiz, schlechte Risiken als Versicherungskunden auszuschließen. Ein Kontrahierungszwang gleicht die Risikoverteilung aus, da Kunden teurer Versicherungen einen Anreiz haben, zu Versicherungen zu wechseln, die bislang gute Risiken selektiert haben. Dazu ist jedoch ein nicht verzerrendes Preissystem wichtig, vgl. oben.

Versicherungen, die es nicht schaffen, durch Druck auf die Leistungserbringer eine effiziente Bereitstellung medizinischer Dienstleistungen sicherzustellen, werden höhere Prämien als ihre Konkurrenzunternehmen fordern. Dies kann und soll zu einer Abwanderung von Versicherungskunden führen, die in letzter Konsequenz auch die Insolvenz des Versicherungsunternehmens hervorrufen kann. Versicherungskunden können durch einen Sicherungsfonds gegen einen temporären Ausfall der Versicherungsleistung geschützt werden. Der Kontrahierungszwang sichert zudem die Aufnahme in eine andere Versicherungsgesellschaft.

Zusätzlich zu den in Abbildung 1 aufgeführten Marktteilnehmern spielen die Unternehmen der Pharmaindustrie eine wichtige Rolle in der derzeitigen Preisdynamik.⁴ Im Prinzip erlaubt der Markt für pharmazeutische Produkte eine freie Preisgestaltung. Für einen direkten Eingriff in diese Preisgestaltung gibt es daher keine ökonomische Grundlage. Temporäre Preisspielräume auf dem Markt für pharmazeutische Produkte haben ihre Berechtigung, solange der Patentschutz im Interesse von Forschung und Entwicklung gewährt wird.

Auch bei einer freien Preisgestaltung auf der Angebotsseite des Pharmamarktes kann man durch eine Stärkung der Nachfragemacht die Preisdynamik dämpfen. Versuche mit einer

⁴ Vgl. Das Gutachten 2005 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Kapitel 7.

Arzneimittelbudgetierung haben hier wenig Erfolg gezeigt. Stattdessen sollten Einzelverträge zwischen den Krankenversicherungen und den Anbietern pharmazeutischer Produkte nach dem gleichen Prinzip möglich sein wie zwischen Krankenversicherungen und den Leistungserbringern medizinischer Dienstleistungen. Es sollte den Krankenversicherung z.B. möglich sein, aufgrund einer großen Kundenzahl Sonderkonditionen für pharmazeutische Produkte zu verhandeln bzw. das Verschreiben von Produkten auszuschließen, die ineffizient kostspielig sind (z.B. relativ zu Nachahmerpräparaten nach Ablauf des Patentschutzes). Wiederum ist die Grundidee, auch auf dem Pharmamarkt die Versicherungen zum Agenten der Patienten zu machen, gleichzeitig aber die Versicherungen einem unverzerrten Wettbewerb auszusetzen.

6. Fazit und Ausblick

Im Kern dieser Anmerkungen stand die Überlegung, dass die Erschließung der so genannten „Effizienzreserven“ des deutschen Gesundheitswesens angesichts der asymmetrischen Informationslage einerseits eine Stärkung der Rolle der Krankenversicherungen bedarf, damit diese als Agenten der Konsumenten die Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen, also die Ärzte und Krankenhäuser, nach Effizienzgesichtspunkten auswählen können. Andererseits muss die so gestärkte Verhandlungsmacht der Krankenversicherungen durch einen unverzerrten Wettbewerb auf den Versicherungsmärkten durch die Konsumenten ausbalanciert werden, damit diese sich ihrerseits zwischen den Versicherungen aufgrund deren Prämien entscheiden können. Eine grundlegende Gesundheitsreform erfordert also einen zweiseitigen Wettbewerb: Auf dem Leistungsmarkt (der Käuferseite der Versicherungen) dezentrale Verhandlungsmöglichkeiten zwischen Versicherungen und Leistungserbringern, sowie auf dem Versicherungsmarkt (der Verkäuferseite aus Sicht der Versicherungen) ein unverzerrtes Preissystem, die Möglichkeit, durch Fusionen und Aufspaltungen die optimale Betriebsgröße zu erreichen, und als ultima ratio des Marktes auch die Insolvenz.

Wettbewerb ist vor allem ein dynamisches, nicht nur ein statisches Konzept. Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen ist vor allem im Hinblick auf den schnellen medizinischen Fortschritt notwendig. Der medizinische Fortschritt ermöglicht auf vielfältige Weise, Krankheit zu vermeiden oder zu lindern, und die Menschen sind bereit, dafür auch mehr zu bezahlen, wenn ihnen das zugute kommt. Der medizinische Fortschritt verbessert die Lebensqualität und trägt deshalb dazu bei, dass das Gesundheitswesen zu einem der wenigen großen Wachstumsmärkte in Deutschland geworden ist. Die Tendenz, bei Einkommens-

steigerungen mehr in Gesundheit zu investieren, wird durch den demographischen Wandel noch verstärkt

Die Auswahl neuer medizinischer Technologien geschieht de facto durch Rationierung, nicht aber durch Wettbewerb, in welchem verschiedene Technologien zu unterschiedlichen Preisen angeboten werden. Derzeit gibt es einen Konflikt zwischen dem Ziel, lohnabhängige Sozialbeiträge zu senken, und dem Wunsch, das Gesundheitswesen auf einem modernen Stand zu halten. Die Finanzierung der Gesundheitsausgaben über lohnabhängige Sozialbeiträge führt dazu, dass bei einer Senkung der Beitragssätze mehr und mehr Versicherungsleistungen rationiert werden müssen und dadurch zusätzliche Wohlfahrtsverluste entstehen. Eine Abkoppelung der Finanzierung der Gesundheitsausgaben von den lohnabhängigen Sozialbeiträgen befreit den Wachstumsmarkt der Gesundheitsdienstleistungen von diesen Rationierungszwängen.

Quellen:

- Avendano, Maurizio, Arja R. Aro, and Johan Mackenbach (2005): Socio-Economic Disparities in Physical Health in 10 European Countries, in: Börsch-Supan, A., Brugiavini A, Jürges H, Mackenbach J, Siegrist J, Weber G (eds), *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from SHARE*, Mannheim: MEA, 89-94.
- Breyer, F. und A. Haufler (2000): Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution, *International Tax and Public Finance* 7, 445-461.
- Jacobzone S, Cambois E, Robine J-M. (2000): Is health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing? *OECD Economic Studies No. 30*.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): *Gutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*, Bonn.
- Wolf, Max (2002): *Zur Effizienz des deutschen Gesundheitssystems: Eine Übersicht neuester international vergleichender Studien*, Mannheimer Forschungsinstitut für Ökonomie und demographischen Wandel (MEA), Mannheim.

Tabelle 1:

	Females at birth	Males at birth	Average	Health Expenditures as percent of GDP
Japan	84	77.1	80.6	
Switzerland	82.5	76.8	79.7	11.1
Iceland	81.5	77.7	79.6	
Sweden	81.9	77.1	79.5	8.7
Australia	81.8	76.2	79.0	
Canada	81.7	76.3	79.0	
Italy	82.3	75.6	79.0	8.4
France	82.5	75	78.8	9.5
Spain	82.1	75.1	78.6	
Norway	81.1	75.6	78.4	
Austria	81	75.1	78.1	
Greece	80.6	75.5	78.1	
Netherlands	80.5	75.3	77.9	
Luxembourg	81.1	74.6	77.9	
Germany	80.7	74.7	77.7	10.7
Belgium	80.8	74.4	77.6	
Finland	81	73.8	77.4	
United Kin	79.8	75	77.4	7.6
United Sta	79.4	73.9	76.7	13.9
Denmark	79	74.2	76.6	
Ireland	79.1	73.9	76.5	
Portugal	79.2	72.2	75.7	

Quelle: OECD Health Data 2003. Stand 2001

Materialanhang

Evidenz zur Produktivität im Gesundheitswesen

Um die Effizienz des Gesundheitssystems zu messen, werden wirtschaftswissenschaftliche Konzepte der Produktivitätsmessung konsequent auf das Gesundheitswesen angewendet. Dieser Anhang skizziert die Methodik, stellt dann eine Einzelstudie vor, deren Detailgrad bislang in keiner umfassenden international vergleichenden Studie wiederholt wurde, und geht dann auf eine Metastudie ein, die die neusten Entwicklungen zusammenfasst.

Methodik

Das Gesundheitssystem wird wie einen Produktionsvorgang betrachtet, der aus kranken Menschen gesunde macht und dafür Personal (Ärzte, Krankenschwestern), Kapital (Krankenhäuser und ihre Apparate) und Materialien (Medikamente, Heilmittel) einsetzt. Während die Messung der Inputs vergleichsweise einfach ist, ist die Messung des Outputs schwieriger. Die meisten Studien konzentrieren sich daher auf einzelne Krankheiten, bei denen der Erfolg der Behandlung relativ einfach zu quantifizieren ist. Bei unmittelbar lebensbedrohenden Krankheiten (z.B. Brust- oder Lungenkrebs, Herzinfarkt) werden typischerweise die Überlebensjahre nach dem ärztlichen Eingriff als Outputmaß verwendet. Bei Krankheiten, die nicht unmittelbar lebensbedrohend sind (z.B. Diabetes oder Gallensteinentfernung) können die Überlebensjahre mit der Lebensqualität bewertet werden, für die es eine international anerkannte Skala gibt (QALY).

Betriebswirtschaftlich ausgerichtete Studien gehen weit ins Detail und modellieren für jede Krankheit die ärztliche Behandlung wie für einen industriellen Produktionsprozess. Die ärztliche Behandlung umfasst dabei stationäre wie ambulante Leistungen, sowie akute und nachsorgetische Pflege. Es wird berücksichtigt, welche Behandlungsvariante wie oft praktiziert werden, welcher Behandlungsaufwand in jedem Einzelschritt entsteht, wie hoch die Überlebens- und Komplikationsraten sind, und wie lange die Genesungsphase dauern. Solche detaillierten Studien lassen am ehesten auch kausale Interpretationen zu: Warum wird in einzelnen Krankenhäusern oder ganzen Ländern eine ärztliche Behandlungsleistung effizienter „produziert“.

McKinsey Studie "Health Care Productivity"

McKinsey und Co. hat in den Jahren zwischen 1993 und 1996 eine groß angelegte Studie durchgeführt, die die Behandlung von vier Krankheiten (Brust- oder Lungenkrebs, Diabetes und Gallensteinentfernung) in Deutschland, Großbritannien und den USA verglichen hat. Die Daten beziehen sich auf die Zeit etwa zwischen 1985 und 1990. Auf die in

der Zwischenzeit eingetretenen Veränderungen gehen wir im nächsten Abschnitt ein – sie sind erfreulich, aber ernüchternd gering.

Brustkrebs

In Deutschland wurden pro Behandlungsfall fast 40% mehr Ressourcen eingesetzt als in den USA und über 60% mehr als in Großbritannien. Trotzdem lag die mittlere Überlebensdauer um knapp 4.5 Monate unter der mittleren Überlebensdauer amerikanischer bzw. knapp 3 Monate unter der mittleren Überlebensdauer britischer Patientinnen. Der größte Unterschied im Ressourcenaufwand zwischen Deutschland und den USA lag in der diagnostischen Phase, auf die 44% der Gesamtressourcen entfiel (neben 43% für die eigentliche Operation, 5% für Nachsorge, 8% für Reihenuntersuchungen). Bei der eigentlichen Operation und der anschließenden Chemotherapie schlug die in Deutschland deutlich längere Dauer des Krankenhausaufenthaltes signifikant zu Buche.

Lungenkrebs

Der Vergleich mit den USA ergibt bei der Behandlung von Lungenkrebs ein ähnliches Bild wie bei Brustkrebs. Obwohl in Deutschland pro Behandlungsfall etwa 20% mehr Ressourcen eingesetzt wurden, lag die mittlere Überlebensdauer um etwa einen Monat unter der mittleren Überlebensdauer amerikanischer Patienten. Die Briten setzten demgegenüber deutlich weniger (ca. 60%) Ressourcen zur Behandlung von Lungenkrebs ein als die Deutschen, dort waren die Überlebenschancen aber auch deutlich geringer (die Lebenserwartung lag um etwa 3 Monate niedriger). Setzt man den Mehraufwand ins Verhältnis zur dadurch gewonnenen höheren Lebenserwartung, ergibt sich für Deutschland eine höhere Produktivität als für Großbritannien.

Der größte Unterschied im Ressourcenaufwand zwischen Deutschland und den USA lag wie bei Brustkrebs in der um etwa 75% längeren stationären Behandlung bei der Operation, und der öfter stationären (in den USA ambulanten) chemotherapeutischen Behandlung. Zudem wurde in Deutschland wesentlich öfter operiert (in etwa 30% der Lungenkrebsfällen) als in den USA (22%) und Großbritannien (13%).

Gallensteinentfernung

Deutschland verbrauchte pro Fall diagnostizierter Cholelithiasis über 70% mehr Ressourcen als die USA, ohne dass sich die Lebensqualität (gemessen in qualitätsbewerteten Lebensjahren) der Patienten signifikant unterschieden hätte. Der Unterschied zu Großbritannien ist krass: Dort wurden nur ein Viertel der deutschen Ressourcen zur Behandlung von Cholelithiasis aufgewendet, allerdings lag die Lebensqualität auch deutlich unter der deutscher Gallensteinpatienten. Setzt man Behandlungsaufwand und -erfolg ins Verhältnis,

ergibt sich, dass Deutschland produktivitätsmäßig zwischen den USA und Großbritannien lag.

Der Unterschied im Ressourcenaufwand zwischen Deutschland und den USA hat zwei Komponenten. Zum einen wurden in Deutschland Gallensteine etwa 14% häufiger operativ entfernt als in den USA. Zum zweiten ist der Aufwand pro Operation höher, insbesondere aber wegen einer deutlich längeren Verweildauer in stationärer Behandlung (5.9 statt 3.0 Tage bei laparoskopischer Operation, 10.1 statt 6.8 Tage bei offener Cholezystektomie).

Gründe für die Produktivitätsunterschiede

Pro behandeltem Fall ist das US-amerikanische Gesundheitssystem bei der Behandlung der betrachteten Krankheiten deutlich produktiver als das deutsche Gesundheitswesen im dem Sinne, dass es mit relativ weniger Ressourcenaufwand (im wesentlichen Personalstunden, Krankenhausbetten, Medikamenten) bessere Überlebenschancen bietet. Die McKinsey-Studie geht auch im Detail auf die Entstehung dieser Produktivitätsunterschiede ein. Die entscheidende Erkenntnis ist, dass sich der überwiegende Anteil der Produktivitätsunterschiede durch zwei Faktoren erklären lässt: mangelnde Koordination zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, die zu unnötigem Mehraufwand führt, und lange Liegezeiten.

Kosten des Gesundheitswesens

Nicht betrachtet werden in diesem Vergleich jedoch die Fälle, die erst gar nicht behandelt werden. Die Ungleichheit im US-amerikanischen Gesundheitssystem – etwa 20% der Bevölkerung ist nicht versichert und viele Menschen davon medizinisch unterversorgt – ist ein wahrscheinlicher Grund dafür, dass die Lebenserwartung in den USA um etwa ein Jahr unter der deutschen liegt.

Zudem beschränkt sich dieser Vergleich auf die physischen Ressourcen, die eingesetzt werden, also die Anzahl der Stunden und die Menge an Medikamenten. Nicht beachtet wird der Preis dieser Ressourcen. Arztgehälter, Löhne des Krankenpersonals und verschreibungspflichtige Medikamente sind jedoch in den USA deutlich teuer als in Deutschland. Zudem verschlingt die Administration des US-amerikanischen Gesundheitssystems deutlich mehr Geld als die des deutschen Gesundheitssystems.

Die McKinsey Studie zeigt also „nur“, wie man Krankenhäuser produktiver führen und das Zusammenspiel von ambulanter und stationärer Versorgung besser gestalten kann. Als Vorbild für ein kostensparendes Gesamtsystem kann das US-amerikanische Beispiel dagegen nicht dienen.

Entwicklung in den 90er Jahren

Da sich die meisten Daten der McKinsey-Studie auf den Zeitraum von 1985-90 beziehen, mögen die obigen Resultate veraltet erscheinen. Sie sind es nicht. Dies zeigt eine Metastudie, die die neusten internationalen Vergleiche zwischen Deutschland, den USA und Großbritannien (sowie in Einzelgebieten Frankreich, Italien, Norwegen und Schweden) zusammenfasst. Wiederum wurden einzelne Krankheiten getrennt analysiert, und zwar vier Krebsarten (Brust, Lunge, Dickdarm und Prostata) und zwei Herz-Kreislaufkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall). All Input-Maß wurde die Liegedauer verwendet, also nur ein Aspekt des Ressourcenaufwands, allerdings der wichtigste, was den stationären Bereich angeht. Als Ergebnismaß wurden wie in der McKinsey-Studie die Überlebenswahrscheinlichkeiten eingesetzt.

Krebserkrankungen

Bei den vier genannten Krebsarten zeigen sich in Deutschland nach wie vor deutlich schlechtere Überlebenschancen als in den USA, allerdings auch deutlich höhere als in Großbritannien. Schätzt man den Aufwand für die Behandlung dieser vier Krebsarten grob durch die Liegedauer in stationärer Behandlung ab, ergibt sich, dass sich in Deutschland die Liegedauer zwar deutlich verringert hat, aber immer noch erheblich über der US-amerikanischen liegt, die nur leicht in den 90er Jahren gesunken ist. Besonders krass sind die Unterschiede bei Brust- und Prostatakrebs. Auch der Zeitvergleich zeigt, dass sich der Ressourcenaufwand zwar verringert hat, aber Deutschland immer noch mehr Ärzte und Betten als die meisten europäischen Vergleichsländer und die USA aufwendet, und die Liegedauer zusammen mit der Schweiz weltweit am längsten ist.

Schlaganfall und Herzinfarkt

Hier liegen drei neuere Untersuchungen vor, die Australien, England, Finnland, Frankreich, Italien, Norwegen, Schweden und Deutschland vergleichen. Der Vergleich des verwendeten Inputmaßes (Liegedauer) ergibt ein eindeutiges Bild: Abgesehen von Finnland ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in jedem der Jahre 1994 bis 1999 in keinem der betrachteten Länder so hoch wie in Deutschland. Fasst man die Ergebnisse der drei Studien bezüglich der Sterberaten von Schlaganfallpatienten zusammen, so lässt sich feststellen, dass in Deutschland keine geringeren Sterberaten erzielt werden als in den übrigen betrachteten Ländern. Eine Ausnahme hierbei bildet England, das bei den Sterberaten tendenziell schlechter abschneidet als die anderen Länder. Deutschland

erzielt also bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten trotz höherem Ressourcenaufwand keine besseren Behandlungserfolge.

Ähnliche Resultate ergeben Studien über die Behandlung von Herzinfarkt, die die durchschnittlichen Krankenhaus-Aufenthaltsdauern von Herzinfarktpatienten in Deutschland, Frankreich, Norwegen, und den USA vergleichen. Bei vergleichbaren Überlebensraten erreicht Deutschland in jedem betrachteten Jahr mit Abstand die höchste Aufenthaltsdauer innerhalb der untersuchten Länder. So übersteigt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von Herzinfarktpatienten in Deutschland im Jahr 1999 den EU-Durchschnitt um 21% und die entsprechende Größe in den USA um gar 125%. Im Zeitvergleich lag der Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in Deutschland allerdings deutlich über der entsprechenden Größe in Norwegen, den USA und dem EU-Durchschnitt.

Fazit

Die wesentlichen Befunde der McKinsey-Studie sind nach wie vor gültig: Deutschland setzt mehr Ressourcen im Behandlungsprozess ein als das amerikanische Gesundheitssystem, erreicht damit aber keine besseren Überlebenschancen. Im Vergleich mit Großbritannien steht Deutschland besser da: Deutschland setzt mehr Ressourcen ein, erreicht aber auch bessere Überlebenschancen. Gemessen an den eingesetzten physischen Ressourcen ist das deutsche Gesundheitssystem weniger effizient als das amerikanische. Der Produktivitätsvergleich mit Großbritannien hängt bei generell weit niedrigerem britischem Leistungsniveau von der monetären Bewertung des Leistungsunterschieds ab. In den 90er Jahren hat das Bild für Deutschland zwar leicht verbessert; der amerikanische Produktivitätsvorsprung konnte jedoch nicht eingeholt werden.

Die hohen Kosten des amerikanischen Gesundheitssystems erklären sich durch deutlich höhere Löhne und Verwaltungskosten, die den geringeren Ressourcenaufwand mehr als kompensieren. Die niedrigeren Kosten des britischen Systems sind vor allem auf die niedrigeren Leistungen zurückzuführen.

Quellen

McKinsey Global Institute, *Health Care Productivity*, Los Angeles, October, 1996

Börsch-Supan, A., 1997, Die niedrige Produktivität des deutschen Gesundheitssystems und seine Gründe. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2(5), 133-139.

Wolf, Max (2002), *Zur Effizienz des deutschen Gesundheitssystems: Eine Übersicht neuester international vergleichender Studien*, Mannheimer Forschungsinstitut für Ökonomie und demographischen Wandel (MEA), Mannheim.

Discussion Paper Series

Mannheim Research Institute for the Economics of Aging Universität Mannheim

To order copies, please direct your request to the author of the title in question.

Nr.	Autoren	Titel	Jahr
118-07	Martin Salm	The Effect of Pensions on Longevity: Evidence from Union Army Veterans	07
119-07	Hendrik Jürges	Health insurance status and physician-induced demand for medical services in Germany: new evidence from combined district and individual level data	07
120-07	Melanie Lührmann		07
121-07	Daniel Schunk	A Markov Chain Monte Carlo Multiple Imputation Procedure for Dealing with Item Nonresponse in the German SAVE Survey	07
122-07	Matthias Sommer	Fiskalische Auswirkungen einer Erweiterung des Förderrahmens von Riesterrenten	07
123-07	Karsten Hank Stephanie Stuck	Ehrenamt, Netzwerkhilfe und Pflege in Europa – Komplementäre oder konkurrierende Dimensionen produktiven Alterns?	07
124-07	Daniel Schunk	What Determines the Saving Behavior of German Households? An Examination of Saving Motives and Saving Decisions	07
125-07	Matthias Sommer		07
126-07	Axel H. Börsch-Supan, Anette Reil-Held, Christina B. Wilke	How an Unfunded Pension System looks like Defined Benefits but works like Defined Contributions: The German Pension Reform	07
127-07	Karsten Hank Isabella Buber	Grandparents Caring for Their Grandchildren: Findings from the 2004 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe	07
128-07	Axel Börsch-Supan	European welfare state regimes and their generosity towards the elderly	07
129-07	Axel Börsch-Supan Alexander Ludwig Mathias Sommer	Aging and Asset Prices	07
130-07	Axel Börsch-Supan	Nachfrageseitiger Wettbewerb im Gesundheitswesen	07