

- Bedau, Klaus Dietrich (1999): Geldvermögen und Vermögenseinkommen der privaten Haushalte, in: DIW-Wochenbericht, Jg. 66, Nr. 30, S. 559–567
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003): Statistisches Taschenbuch, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2001): Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Bonn
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Gerechtigkeit für Familien, Schriftenreihe Band 202, Stuttgart
- Deutsche Bank Research (2001): Geldvermögen in Deutschland und Euroland, in: Aktuelle Themen, Nr. 217
- Deutsche Bundesbank (2001): Monatsbericht der Deutschen Bundesbank, H. 11
- Deutsche Bundesbank (2000): Monatsbericht der Deutschen Bundesbank, H. 6
- Eißel, Dieter (2002): Einkommens- und Vermögensverteilung, Argumente gegen eine wachsende Schieflage, in: Eicker-Wolf, Kai et al. (Hrsg.): »Deutschland auf den Weg gebracht.« Rot-Grüne Wirtschafts- und Sozialpolitik zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Marburg, S. 87–124
- Merrill Lynch und Cap Gemini Ernst & Young (2003): German Wealth Report 2003, [www.de.cgey.com](http://www.de.cgey.com)
- Merrill Lynch und Cap Gemini Ernst & Young (2000): German Wealth Report 2000, [www.de.cgey.com/servlet/GB/menu/1000941](http://www.de.cgey.com/servlet/GB/menu/1000941)
- Otto, Birgit/Siedler, Thomas (2003): Armut in West- und Ostdeutschland, in: DIW-Wochenbericht, Jg. 70, Nr. 4, S. 61–66
- Statistisches Bundesamt (2001): Nettoeinkommen und Zahl der Haushalte nach Haushaltsgruppen 1991 bis 2000, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (1999): Pressemitteilung: Vermögensteuerpflichtige natürliche Personen/Haushalte 1995, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (1998): Einkommens- und Verbrauchsstichprobe, Heft 4, Wiesbaden

## **Die rot-grüne Gesundheitsreform: Modernisierung als Umverteilung** *Nadja Rakowitz\**

Das Gesundheitswesen ist – nicht nur in Deutschland – ein bedeutender ökonomischer Faktor. Mit einem Anteil von ca. zehn Prozent des BIP (ca. 250 Milliarden Euro Umsatz) liegt der Gesundheitssektor deutlich über dem Anteil der Kraftfahrzeugindustrie (vgl. Paetow 2002: 17). Trotz dieser im internationalen Vergleich relativ hohen Ausgaben hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Jahr 2001

\* Universitätsklinik Frankfurt, Institut für Medizinische Soziologie.

Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen festgestellt (vgl. Sachverständigenrat 2000/2001). Dabei sind die Ausgaben für Gesundheitsversorgung nur absolut gestiegen, in Relation zum BIP in den letzten 20 Jahren aber konstant geblieben. Die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen wegen mangelnder Einnahmen, die auf die hohe Arbeitslosigkeit und die drastisch gesunkene bereinigte Lohnquote zurückzuführen sind. Trotzdem hat sich die These von der »Kostenexplosion« nicht nur in der politischen Klasse und bei den Arbeitgebern, sondern – so scheint es zumindest – auch in großen Teilen der Bevölkerung so weit zu einem »ökonomischen Faktum« verfestigt, dass eine »Reform« des Gesundheitswesens mit dem Zweck der Senkung der Beitragssätze geradezu Sachzwangcharakter bekommen hat.

Nach zähen Verhandlungen hat nun die rot-grüne Bundesregierung in inhaltlich großer Koalition mit der CDU/CSU ein Gesetz verabschiedet, das genau diesem Zweck verpflichtet ist. Verkündetes Ziel ist die Senkung der Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber, damit die deutschen Unternehmen auf dem Weltmarkt weiterhin konkurrenzfähig seien. Die Klage der Arbeitgeber wird dabei von allen politischen Kräften als adäquate Beschreibung der ökonomischen Situation akzeptiert, obwohl die Europäische Kommission vorrechnet, dass die Lohnstückkosten, also die gesamten Lohnkosten inklusive Lohnnebenkosten auf die Produktivität bezogen in Deutschland im Jahr 2002 um 0,3 Prozent gesunken, während sie im Euro-Land-Durchschnitt um 0,3 Prozent gestiegen sind (vgl. Europäische Kommission 2003: 17). Auch der Sachverständigenrat belegt, dass die Abgabenquote, das heißt die Summe aus Steuern und Sozialabgaben in Relation zum BIP, in Deutschland »nicht nur ein im europäischen Vergleich unterproportionales Niveau, sondern auch einen im Vergleich zum OECD-Durchschnitt niedrigen Anstieg« aufweist, der »nicht auf internationale Standort- und Wettbewerbsnachteile Deutschlands« hindeute (Sachverständigenrat 2003: Punkt 87f.). Auch die Rekord-Exportzahlen des letzten Jahres zeigen, dass die Waren deutscher Produzenten nicht zu teuer sind (vgl. Fricke 2003).

Trotzdem ist der Zweck des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes, »die Lohnzusatzkosten spürbar zu entlasten und den Beitragssatz deutlich zu senken« und deshalb »die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Hinblick auf Belastungsgerechtigkeit und gesamtwirtschaftliche Wirkungen neu« zu ordnen (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz 2003: 1). Doch es geht nicht generell um Einsparungen im Gesundheitsbereich, denn diese würden den potentiellen Wachstumsmarkt gefährden, sondern um die Umverteilung der Kosten von den Arbeitgebern auf die Versicherten bzw. die Kranken. Zu diesem Zweck sind die folgenden Veränderungen geplant.

Das bislang von der siebten Krankheitswoche an gezahlte Krankengeld wird ab 2006 allein durch die Versicherten bezahlt. Sie übernehmen den Arbeitgeberanteil von 0,5 Prozent. Die Ablösung der paritätischen Finanzierung des Krankengeldes mit einem aktuellen Finanzvolumen von ca. 7,1 Milliarden Euro durch eine versichertenbezogene Finanzierung entlastet die Arbeitgeber um ca. 3,5 Milliarden Euro und belastet die Arbeitnehmer entsprechend. Außerdem müssen die Versicherten in Zukunft grundsätzlich bei allen Arzneimitteln zehn Prozent – mindestens fünf, höchstens zehn Euro – zuzahlen. Bei erstmaliger Inanspruchnahme eines Arztes muss seit dem 01.01.2004 jeder Patient zehn Euro je Quar-

tal bezahlen, unabhängig davon, wie oft er in diesem Quartal diesen Arzt besucht. Liegt für eine Behandlung beim Spezialisten eine Überweisung vom Hausarzt vor, muss keine Gebühr gezahlt werden. Nur Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind befreit. Im Krankenhaus wird die Zuzahlung täglich für höchstens 28 Tage im Jahr zehn Euro betragen. Für alle Zuzahlungen gilt die Höchstgrenze von zwei Prozent des Bruttoeinkommens, bei Chronikern und Chronikerinnen ein Prozent. Sozialhilfeempfänger und Sozialhilfeempfängerinnen werden anderen Versicherten gleichgestellt: Zum einen werden Sozialhilfeempfänger und Sozialhilfeempfängerinnen grundsätzlich gesetzlich krankenversichert, und die Krankenhilfe durch die Sozialämter soll wegfallen. Zum anderen soll es für Sozialhilfeempfänger und Sozialhilfeempfängerinnen keine Härtefallregelung mehr geben, wie zum Beispiel die Befreiung von Zuzahlungen für Medikamente.

Zwar erfreuen sich Selbstbeteiligungen von Patienten, also Zuzahlungen im Gesundheitswesen, nicht nur in Deutschland, sondern weltweit wachsender Beliebtheit. Dennoch bleibt es ein Mythos, dass – wie sich die Gesundheitsökonomien versprechen – sich dadurch zum einen die Einnahmen des Gesundheitssystems erhöhen und zum anderen die Selbstbeteiligungen steuernde und Ressourcen sparende Wirkungen entfalten. Eine nicht unerhebliche Summe wird durch den wachsenden Verwaltungsaufwand bei den Kassen und den Ärzten wieder aufgebraucht, und Selbstbeteiligung bedeutet einen Selektionsmechanismus, der vor allem ärmere und ältere Menschen vom Arztbesuch abhält. Dies belegt eine große Studie aus der kanadischen Provinz Quebec von Robin Tamblyn u.a., auf die vor kurzem Jens Holst aufmerksam gemacht hat: Nach der Einführung von Zuzahlungen im Jahr 1996 sank die Einnahme unverzichtbarer Arzneimittel bei älteren Menschen um neun und bei Sozialhilfeempfängern um 14,42 Prozent. Dafür verdoppelte sich bei beiden Gruppen wegen verminderter Tabletteneinnahme die Zahl gesundheitlicher Zwischenfälle und notärztlicher Behandlungen. Da Zuzahlungen am stärksten und nachhaltigsten auf Medikamente zur Behandlung von Herz-Kreislaufkrankungen, Bluthochdruck und psychiatrische Krankheiten wirken, die Patienten in aller Regel langfristig einnehmen müssen, haben selbst relativ geringe Eigenbeteiligungen relevante Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung und negative Auswirkungen auf die gesamten Gesundheitsausgaben (Tamblyn et al. 2001: 521; vgl. Holst 2003). Schließlich widersprechen Zuzahlungen dem bislang geltenden Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung, dass es keine Eintrittshürden beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung geben solle.

Die »Reform« besteht allerdings nicht nur darin, dass die Versicherten in Zukunft kräftig selbst bezahlen müssen, sondern auch in einer Streichung von Leistungen: Die Versicherung des Zahnersatzes wird ab 2005 von den Arbeitnehmern alleine bezahlt. Er wird zwar noch von der GKV angeboten, doch die Versicherten haben die Wahl, ob sie ihn gesetzlich oder privat absichern wollen. Sehhilfen erstattet die Kasse nur noch für Jugendliche bis 18 Jahre und schwer Sehbehinderte. Die Kassen beteiligen sich nicht mehr an den meisten Taxifahrten zur ambulanten Behandlung.

Versicherungsfremde Leistungen wie Sterbe- und Entbindungsgeld sowie Mittel für Sterilisation aus nichtmedizinischen Gründen oder Schwangerschaftsabbruch und Mutterschaftsgeld sollen in Zukunft aus Steuermitteln bezahlt werden. Die jährlichen Mehr-

ausgaben für die öffentliche Hand in einer Größenordnung von ca. 4,7 Milliarden Euro sollen durch eine Erhöhung der Tabaksteuer gegenfinanziert werden, die inzwischen allerdings auf das Frühjahr 2004 verschoben ist. Im Vermittlungsverfahren zu den Steuergesetzen der Bundesregierung hatte das Finanzministerium nämlich eingeräumt, dass eine Erhöhung der Tabaksteuer nicht mehr zu Beginn dieses Jahres möglich ist, da die Fristen zwischen Bekanntgebung im Gesetzblatt und der geplanten Einführung am 01. Januar 2004 zu kurz sind. Als frühest mögliche Termine werden nun 01. März bzw. 01. April 2004 gehandelt.

Durch die Reform sollen die Krankenkassen allein im Jahr 2004 um rund zehn Milliarden Euro entlastet werden, wovon sie drei Milliarden zum Abbau ihrer Schulden verwenden und den Rest zur Senkung des je zur Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanzierten Beitragssatzes von derzeit rund 14,3 Prozent auf 13,6 Prozent im Jahr 2004 und bis auf 12,15 Prozent im Jahr 2006 nutzen sollen. Das Gesetz soll sicherstellen, dass die Senkung umgesetzt wird. Für die Arbeitnehmer kommen allerdings zusätzliche Beiträge für die Zahnersatz-Versicherung und für das Krankengeld hinzu.

Was die Versorgung angeht, werden nur sehr zaghafte Versuche gemacht, die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung aufzubrechen: Für Modelle integrierter Versorgung soll zwischen 2004 und 2006 bis zu ein Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der Krankenhausvergütung zur Verfügung stehen. Krankenhäuser können sich bei hochspezialisierten Leistungen und im Rahmen von Disease Management-Programmen (Chroniker-Programme) an der ambulanten Behandlung beteiligen. Während im ursprünglichen rot-grünen Entwurf in Zukunft alle Fachärzte außer Gynäkologen, Kinder- und Augenärzte Einzelverträge mit den Kassen abschließen sollten und damit das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen tendenziell aufgehoben worden wäre, scheint sich in der »großen Koalition« der Einfluss der KVen auf die Union ausgezahlt zu haben: Laut dem jetzigen Gesetz können die Krankenkassen nur mit besonders qualifizierten Hausärzten Einzelverträge abschließen.

An den – zum Teil nicht sehr effizienten, aber auch teuren – Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens wird damit – entgegen der im Vorfeld proklamierten Absicht – nur wenig geändert:

- Die – von den niedergelassenen Ärzten politisch durchgesetzte – strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, die zu vielen medizinisch unnötigen Doppeluntersuchungen führt und die politische Dominanz der niedergelassenen Ärzte und deren Organisation, der KV sichert, wird kaum geschwächt;
- die doppelte Vorhaltung von Facharztwissen, die es in kaum einem anderen Land der Welt gibt, bleibt unangetastet; laut einer Berechnung der Gewerkschaft ver.di könnten mit der Abschaffung der doppelten Facharztstruktur und der Facharztversorgung über Krankenhäuser, Polikliniken und Ambulanzen 3,7 Milliarden Euro eingespart werden (vgl. ver.di 2003);
- der Fehlanreiz durch die Einzelleistungsvergütung im ambulanten Bereich, der dazu führt, dass die niedergelassenen Ärzte ihre Einnahmen als Privatunternehmer nach

- betriebswirtschaftlichen Kriterien steuern können, was wiederum zu einer entsprechend hohen Anzahl an Untersuchungen und Verschreibungen führt (vgl. Blüchel 2003; Beck 2003), wird nicht angetastet;
- die Vorhaltung von teuren Großgeräten in den Praxen der niedergelassenen Fachärzte unterliegt keiner Großgeräteplanung, sondern wird bestimmt durch die von wirtschaftlichen Interessen nicht unabhängigen Überlegungen der niedergelassenen Ärzte und durch eine Gebührenordnung, die »Gerätemedizin« höher bepunktet als zum Beispiel kommunikative Leistungen; beides führt unter anderem zu einer im internationalen Vergleich sehr hohen Rate an Röntgen und MRT-Untersuchungen (vgl. Blüchel 2003).

Die alten Strukturen, die ein Grund für die Versorgungsprobleme des deutschen Gesundheitssystems sind, bleiben also nach wie vor bestehen. Zugleich werden aber Momente der Privaten Krankenversicherung (PKV) bei der GKV eingeführt, wie zum Beispiel das Kostenerstattungsprinzip, Bonusmodelle, Wahltarife etc.

Auch die Pharmaindustrie wird durch das neue Gesetz nur wenig belastet. Und dies, obwohl die Ausgaben für Arzneimittel im Jahr 2002 mit 10,4 Prozent (auf 21,3 Milliarden Euro) den höchsten Anstieg von allen wichtigen Leistungsbereichen der Krankenkassen verzeichnen und der »Arzneiverordnungsreport 2002« vorrechnet, dass davon 4,2 Milliarden Euro »durch eine wirtschaftlichere Verordnungsweise ohne Qualitätsverlust« hätten eingespart werden können: Die Umstellung auf Generika würde gut 1,5 Milliarden Euro, der Verzicht auf umstrittene Pillen knapp 1,2 Milliarden Euro und der Ersatz von Scheininnovationen ohne echten zusätzlichen Nutzen (Analogpräparate) mit altbewährten Mitteln 1,5 Milliarden Euro einsparen (vgl. Schwabe/Paffrath 2002: 4f.). Auch ist es der Pharmaindustrie – wie schon bei allen Versuchen der vorherigen Regierungen – erneut gelungen, die Einführung einer Positivliste zu verhindern.

Zwar gehört auch zur Gesundheitsreform, dass nicht verschreibungspflichtige Medikamente – bis auf einige Ausnahmen – im neuen Jahr nicht mehr von den Kassen bezahlt werden sollen, aber einige Pharmahersteller haben für den dadurch drohenden Verlust in Höhe von zwei Milliarden Euro (vgl. Arzneirabatte, Ärzte Zeitung 2003b) schon wieder ein »Rezept«. Sie haben mit Anträgen auf Neuzulassung von Präparaten beim Bundesinstitut für Arzneimittel reagiert. Dort sind

»in den vergangenen drei Monaten etwa 900 Anträge auf Neuzulassung mit bekannten Stoffen eingegangen. Mit diesen Anträgen werden Arzneimittel, die bislang rezeptfrei sind, modifiziert: Zum Beispiel durch höhere oder andere Dosierungen, neue Indikationen oder neue Angaben zu Risiken. Das Ziel ist, dass die so neu zugelassenen Arzneimittel rezeptpflichtig sind« (Ärzte Zeitung 2003a),

und somit wieder von der Kasse bezahlt werden. Der erhoffte Einspareffekt ist dahin.

Was die Pharmaindustrie stören dürfte, ist die neue Regelung, dass Ärzte ihre Fortbildungen unabhängig von wirtschaftlichen Interessen machen müssen. Denn nach

wie vor bildet sich die große Mehrheit der Ärzte bei Veranstaltungen fort, die von der Pharmaindustrie organisiert werden und dazu dienen, zumindest indirekt Werbung für neue und teure – patentgebundene – Arzneimittel zu machen (vgl. Beck 2003). Der Einfluss der Pharmaindustrie auf die Ärzteschaft auf diesem Weg dürfte mit der neuen Regelung schwieriger werden.

Weiterhin wird gemäß dem neuen Gesetz ein Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin errichtet werden, das Behandlungsleitlinien entwickeln, Empfehlungen für eine zeitgemäße Fortschreibung des Leistungskatalogs erarbeiten und Nutzen-Bewertungen von neuen Arzneimitteln durchführen soll. Im ursprünglichen Entwurf sollte noch die Kosten-Nutzen-Relation überprüft werden, was nun entfallen ist; auch das ist als ein Sieg der Pharmaindustrie zu sehen, deren Politik und Preisgestaltung auch in Zukunft wenig kontrolliert werden wird. Laut dem jetzigen Gesetz haben auch die Kassen und die KVen eine Stimme in diesem Institut, im ursprünglichen Entwurf sollte es unabhängig sein.

#### *Wie ist das Gesetz insgesamt einzuschätzen?*

Die Reform des Gesundheitswesens, die am 01. Januar 2004 in Kraft getreten ist, ist die einseitigste und umfanglichste Lastenverschiebung auf die Versicherten und die Kranken, die die Bundesrepublik je mitgemacht hat. Es bleibt die ernüchternde Bilanz, dass die in »großer Koalition« gefassten Beschlüsse zur Entsolidarisierung und zu einem Prozess schleichender Annäherung von GKV und PKV führen werden, was wohl kaum umkehrbar sein wird (vgl. Schneider/Schmacke 2003: 1090). Je mehr aber die Strukturen der GKV mit Wettbewerbsmomenten ausgestattet werden, um so größer ist die Gefahr, dass sie dann auch den Wettbewerbsregularien vollständig ausgesetzt sein wird; das wird sich in Zukunft nicht zuletzt in der Politik der Europäischen Union bzw. in der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes niederschlagen. Meines Erachtens geht es dieser Reform nicht, wie dauernd behauptet wird, um Kostensenkung oder Einsparungen überhaupt, im Gegenteil. Es geht lediglich um Kosteneinsparungen für die Arbeitgeber und die Krankenkassen zum Zwecke der kostengünstigeren Positionierung auf dem Weltmarkt.

Darüber hinaus gibt es hier freilich – je nach Branche und auch Unternehmensgröße – durchaus noch unterschiedliche Interessen am Gesundheitswesen. Sowohl die private Versicherungsbranche als auch Krankenhauskonzerne haben – angesichts des großen Marktes – ein erhebliches Interesse an Privatisierung und weiterer wettbewerblicher Umstrukturierung des deutschen Gesundheitswesens. Ob man generell davon sprechen kann, dass der Gesundheitssektor als Wachstumsmotor der Zukunft angesehen wird, wie dies zum Teil in den USA diskutiert wird (vgl. Leonhardt 2001), ist für deutsche Verhältnisse noch nicht ausgemacht.

Auch noch nicht ausgemacht ist, wie in Zukunft die Finanzierung der GKV gestaltet werden wird. Im Moment sind die Begriffe »Bürgerversicherung« und »Kopfpauschale« im Gespräch, hinter denen sich aber noch keine ganz eindeutigen Konzepte verbergen. Es

gibt sowohl ein Kopfpauschalen-Modell, das Bert Rürup in der nach ihm benannten Kommission für die rot-grüne Regierung vorgeschlagen hat (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003) als auch eines, das in der so genannten Herzog-Kommission entstanden ist und heute von der Mehrheit der CDU/CSU-Spitzenpolitiker vertreten wird (vgl. Bundesvorstand der CDU Deutschlands 2003). Ohne hier die Details und verschiedenen Nachbesserungen zu diskutieren, ist das Charakteristische der Finanzierung der GKV über ein Kopfpauschalenmodell, dass jeder Bürger und jede Bürgerin unabhängig vom Einkommen eine pauschale Summe für die Krankenversicherung zahlen muss. Im Moment wird dabei mit ca. 200 Euro gerechnet, die in Zukunft nicht zu einer höheren Belastung als 14 bzw. 15 Prozent des Bruttoeinkommens eines Haushalts führen darf. Wenn das der Fall ist, muss der Staat bzw. der Steuerzahler einspringen um soziale Härtefälle zu vermeiden. Genau dies ist aber auch der ökonomische Haken des Modells, denn die Summen, mit denen gerechnet wird, bewegen sich zwischen 23 und 28 Milliarden Euro pro Jahr. Es gibt aber auch Schätzungen, die deutlich darüber liegen. Unklar ist auch noch, wie hoch demgegenüber die Einnahmen der öffentlichen Hand durch die Besteuerung des ehemaligen Arbeitgeberanteils sein werden. Sozialpolitisch würden mit den Kopfpauschalen sowohl die paritätische Finanzierung durch die Arbeitnehmer und die Arbeitgeber aufgegeben als auch wichtige Momente des Solidarprinzips.

Im Gegensatz dazu ist das Modell der Bürgerversicherung eher als eine Ausweitung des Solidarprinzips gedacht, insofern als es alle Gruppen der Bevölkerung, also auch Selbstständige und Beamte, in den Versichertenkreis einbeziehen und die Beitragsgrundlage auf weitere Einkunftsarten, wie zum Beispiel Mieten, Zinseinkünfte und Kapitaleinkünfte, ausdehnen will. Außerdem soll die Beitragsbemessungsgrenze auf 5.100 Euro angehoben werden. Ob die Versicherungspflichtgrenze abgeschafft und damit die PKV auf eine Zusatzversicherung »herabgestuft« werden soll, ob die Arbeitgeberbeiträge dabei auf einen bestimmten Satz eingefroren oder gar an die Arbeitnehmer ausbezahlt werden sollen und ob der Leistungskatalog der GKV erhalten oder gekürzt werden soll, ist dabei noch nicht entschieden.

Es gibt also im Moment nicht *die* Bürgerversicherung, sondern zentraler Gegenstand zukünftiger politischer Auseinandersetzung wird sein, *wie* ein solches Modell ausgestaltet werden wird. Die Bürgerversicherung ist per se weder Garant für eine Ausweitung des Solidarprinzips noch als weiterer Schritt in eine neoliberale Gesundheitspolitik zu sehen.

### *Literatur*

- Ärzte Zeitung (2003a): Industrie reagiert auf Ausschluß von OTC-Arznei, 05.11.2003  
Ärzte Zeitung (2003b): Arzneirabatte bringen den Kassen 20 Prozent mehr Geld als geplant, 13.11.2003  
Beck, Winfried (2003): In diesem Geschäft ist nichts heilig. Interview zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie, in: express. Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit, 41. Jg., H. 2 und H 3

- Blüchel, Kurt G. (2003): Arzneimittel Tollhaus Deutschland, in: Frankfurter Rundschau, 16.08.2003
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003): Bericht der Kommission für Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (Rürip-Bericht) Berlin, in: [www.soziale-sicherungssysteme.de/download/PDFs/Bericht.pdf](http://www.soziale-sicherungssysteme.de/download/PDFs/Bericht.pdf)
- Bundesvorstand der CDU Deutschlands (2003): Bericht der Kommission ›Soziale Sicherheit‹ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme (Herzog-Bericht), Berlin, in: [www.cdu.de/tagesthema/30\\_09\\_03\\_soziale\\_sicherheit.pdf](http://www.cdu.de/tagesthema/30_09_03_soziale_sicherheit.pdf)
- Europäische Kommission (2003): Mitteilungen der Europäischen Kommission vom 14.01.2003 über die Umsetzung der Grundzüge der Wirtschaftspolitik 2003, Brüssel
- Fricke, Thomas (2003): Weltmeister wider Willen, in: Financial Times Deutschland, 17.10.2003
- Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (2003), Gesetzentwurf vom 08.09.2003
- Holst, Jens (2003): Zuzahlungen. Der Wunderglaube in der Gesundheitsdebatte und die Heftpflaster der großen Koalition aus SPD, Grünen, CDU und CSU, in: *junge welt*, 19.11.2003
- Leonhardt, David (2001): Health Care as Main Engine: Is That So Bad?, in: *New York Times*, 11.11.2001
- Paetow, Holger (2002): Ökonomisierung der Gesundheit, in: *spw. Zeitschrift für sozialistische Politik und Wirtschaft*, H. 125, S. 17ff.
- Sachverständigenrat (2000/2001): Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III, Über-, Unter- und Fehlversorgung, Berlin
- Sachverständigenrat (2003): Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Band I, Finanzierung und Nutzerorientierung, Berlin
- Schneider, Werner/Schmacke, Norbert (2003): Die Reform der Reformen. Zur ordnungspolitischen Neujustierung des Gesundheitssektors, in: *Blätter für deutsche und internationale Politik*, Jg. 48, H. 9, S. 1081ff.
- Schwabe, Ulrich/Paffrath Dieter (Hg.) (2002): *Arzneiverordnungsreport 2002. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*, Berlin
- Tamblyn, Robin et al. (2001): Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons, in: *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 285, H. 4, S. 421ff.
- ver.di (Hg.) (2003): Das Milliarden Ding. Mutige Reformen statt Leistungsabbau, ver.di-Papier vom 08.04.2003, in: [www.verdi.de](http://www.verdi.de), Stand 20.04.2003