

WSI

Diskussionspapiere

Zwischen Kostenprivatisierung und
PatientInnenautonomie:
Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik

Simone Grimmeisen / Simone Leiber

WSI – Diskussionspapier Nr. 163

März 2009

**Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der
Hans Böckler Stiftung , Hans-Böckler-Str. 39, 40476 Düsseldorf**

In der Reihe „WSI-Diskussionspapiere“ erscheinen in unregelmäßiger Folge Arbeiten aus dem WSI zu aktuellen Vorgängen auf wirtschafts-, sozial- und gesellschaftspolitischem Gebiet. Sie basieren u.a. auf Vorträgen, die Mitglieder des Instituts gehalten haben oder auf gutachterlichen Stellungnahmen, können aber auch Diskussionsbeiträge zu ausgesuchten Einzelthemen sein. Für den Inhalt sind die Autorinnen und Autoren selbst verantwortlich.

Dieses und andere WSI-Diskussionspapiere finden sie als pdf-Datei unter:

www.wsi.de

Gedruckte Einzelexemplare sind zu beziehen über:

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans-Böckler-Stiftung (WSI i.d. HBS), Hans-Böckler-Straße 39, 40476 Düsseldorf

Dr. Simone Leiber
WSI in der Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Simone-Leiber@boeckler.de

Simone Grimmeisen
Robert Bosch Stiftung
Simone.Grimmeisen@bosch-stiftung.de

WSI-Diskussionspapiere (Print)
WSI-Diskussionspapiere (Internet)

ISSN 1861-0625
ISSN 1861-0633

Zwischen Kostenprivatisierung und
PatientInnenautonomie:
Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik

Simone Grimmeisen / Simone Leiber

WSI – Diskussionspapier Nr. 163

März 2009

Zusammenfassung

In der Gesundheitspolitik – ebenso wie in anderen Politikfeldern – umfasst der Begriff Eigenverantwortung kein klar definiertes theoretisches Konzept, sondern bringt den politischen Anspruch und Willen zum Ausdruck, das Verhältnis zwischen dem Staat und den Individuen über eine Umverteilung von sozialen Rechten und Pflichten neu zu definieren. Dabei kommen ganz unterschiedliche normative und funktionale Argumente zum Tragen. Dieses Papier verfolgt zwei Ziele: Zum einen geht es darum, anknüpfend an häufig gebrauchte theoretische und argumentative Stränge zur Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik (z.B. Moral-Hazard-Theorie) Möglichkeiten, aber auch Grenzen der Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik auf abstrakter Ebene auszuloten. Inwiefern kann die Einführung eigenverantwortlicher Elemente in das Gesundheitswesen die Effizienz und Effektivität sozialpolitischer Leistungserbringung erhöhen und welche prinzipiellen Hindernisse (beispielsweise durch Informationsasymmetrien der PatientInnen gegenüber dem Arzt; anbieterinduzierte Nachfrage) stehen der Verlagerung von Verantwortung auf die BürgerInnen entgegen? Im zweiten Teil des Papiers analysieren wir vor diesem Hintergrund die Reformentwicklungen im deutschen Gesundheitssystem seit Anfang der 1990er Jahre. Der Beitrag schließt mit einigen Überlegungen zur Umsetzung eines Konzepts der Eigenverantwortung, das Autonomie und Selbstbestimmung in der Lebensgestaltung der BürgerInnen als Ziele in den Vordergrund stellt.

1. Einleitung

Eigenverantwortung war eines der zentralen Leitbilder für Sozialreformen der rot-grünen Bundesregierung. Dessen Umsetzung in konkrete Reformpolitik hat die Absicherung sozialer Risiken in Deutschland in neue Bahnen gelenkt. Das Wort „Paradigmenwechsel“ ist aus den wissenschaftlichen Analysen sozialstaatlicher Reformpolitiken seitdem nicht mehr wegzudenken (exemplarisch für viele Hinrichs 2004; Oschmianski/Mauer/Schulze Buschoff 2007). Um den Begriff Eigenverantwortung selbst ist es zwar seit Beginn der Großen Koalition leiser geworden. Damit verbundene Vorstellungen einer veränderten Rollenverteilung zwischen Individuen und Staat wirken jedoch bis heute in der politischen Diskussion nach – so etwa auch im Hamburger Grundsatzprogramm der SPD (Kohlrausch/Mätzke 2008: 84-85).

Der vorliegende Beitrag analysiert Chancen, Grenzen und die aktuelle politische Umsetzung von Eigenverantwortung für den Bereich Gesundheitspolitik. In der Gesundheitspolitik – ebenso wie in anderen Politikfeldern – umfasst der Begriff Eigenverantwortung kein klar definiertes theoretisches Konzept, sondern bringt den politischen Anspruch und Willen zum Ausdruck, das Verhältnis zwischen dem Staat und den Individuen über eine Umverteilung von sozialen Rechten und Pflichten neu zu definieren. Dabei kommen ganz unterschiedliche normative und funktionale Argumente zum Tragen. Dieser Aufsatz verfolgt zwei Ziele: Zum einen geht es darum, anknüpfend an häufig gebrauchte theoretische und argumentative Stränge zur Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik, Möglichkeiten, aber auch Grenzen der Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik auf abstrakter Ebene auszuloten (Abschnitte 2 und 3). Eine entscheidende Frage ist, inwiefern die Einführung eigenverantwortlicher Elemente in das Gesundheitswesen die Effizienz und Effektivität sozialpolitischer Leistungserbringung tatsächlich erhöhen kann und welche prinzipiellen Hindernisse der Verlagerung von Verantwortung auf die BürgerInnen entgegenstehen. Im zweiten Teil des Papiers (Abschnitt 4) diskutieren wir vor diesem Hintergrund die Reformentwicklungen im deutschen Gesundheitssystem seit Anfang der 1990er Jahre. Der Beitrag schließt mit einem Ausblick zur Umsetzung eines Konzepts der Eigenverantwortung, das nicht einfach nur soziale Risiken vom Staat auf die Individuen rückverlagert, sondern Autonomie und Selbstbestimmung in der Lebensgestaltung der BürgerInnen als Ziele in den Vordergrund stellt (Abschnitt 5).

2. Erscheinungsformen von Eigenverantwortung im Gesundheitssystem

Eigenverantwortung ist ein überwiegend im politischen Kontext genutzter Begriff und damit „keineswegs ein systematischer Terminus mit klar umrissener Bedeutung innerhalb eines Konzeptes zur Gestaltung oder einer Theorie zur Beschreibung von Gesundheitssystemen“ (Nolting/Hagenmeyer/Häussler 2004: 11). Ein einheitliches Verständnis dessen, was Eigenverantwortung im Kontext des Gesundheitswesens bedeutet, kann nicht vorausgesetzt werden. Daher unternehmen wir an dieser Stelle zunächst den Versuch, zentrale *Erscheinungsformen von Eigenverantwortung* im Gesundheitssystem zu systematisieren. Man könnte diese auch als mögliche *Instrumente zur Verwirklichung von Eigenverantwortung* im Gesundheitswesen betrachten. Im Anschluss diskutieren wir Chancen und Grenzen dieser Instrumente vor dem Hintergrund der häufig damit verbundenen Erwartungen und Ziele politischer Akteure. Wir beschränken uns dabei auf das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), das den Krankenversicherungsschutz für über 90 Prozent der Bevölkerung organisiert. Das System der privaten Krankenversicherung (PKV), in dem Eigenverantwortung völlig anderes gestaltet ist als im Bereich der GKV, bleibt bei der Betrachtung außen vor.

Wie in Abbildung 1 skizziert, schlagen wir vor, Eigenverantwortung im Rahmen der GKV in vier Dimensionen zu unterteilen, denen jeweils bestimmte Erscheinungsformen bzw. Instrumente zur Verwirklichung von Eigenverantwortung zuzuordnen sind:

Abbildung 1: Erscheinungsformen der Eigenverantwortung im Rahmen der GKV

Eigenverantwortung	<i>Beziehung PatientIn -Krankenkasse</i>	<i>Beziehung PatientIn - Leistungserbringer</i>
<i>verbindlich</i>	(1) - Direkte Kostenbeteiligung - Selbstzahlung - Risikozuschläge/Selbstzahlung bei gesundheitsschädlichem oder ,selbstverschuldetem' Verhalten - Präventionsnachweise	(2) - gesetzlich verankerte PatientInnenbeteiligung an medizinischen Entscheidungen (<i>shared decision making</i>)
<i>wählbar</i>	(3) - Wahltarife (Wahl der Versorgungsform; Wahl des Leistungskataloges; Wahl der direkten Beteiligung an den Gesundheitskosten; Wahl der Form der Kostenerstattung)/ Bonusmodelle - Präventionsangebote	(4) - Selbstzahlung (Individuelle Gesundheitsleistungen/ IGeL: - Selbstmedikation (nichtverschreibungspflichtige Medikamente) - PatientInnenbeteiligung an medizinischen Entscheidungen (<i>shared decision making</i>)

Quelle: Eigene Darstellung

Eigenverantwortung kann im System der GKV *verbindlichen* oder *wählbaren* Charakter besitzen. Elemente der verbindlichen Eigenverantwortung sind nach unserem Verständnis für alle Patienten bzw. Versicherten des gesetzlichen Krankenversicherungssystems durch Gesetze bzw. Richtlinien vorgeschrieben. Nullmeier (2006: 175) weist darauf hin, dass mit Instrumenten der verbindlichen oder „verordneten Eigenverantwortung“ eine Paradoxie verbunden ist: Denn auf Grund des paternalistischen Anspruchs des Staates, zu wissen was das Beste sei und dies gesetzlich vorzuschreiben, wird den Bürgerinnen die Eigenverantwortung gerade nicht überlassen, sondern sie wird ihnen abgesprochen.

Die Maßnahmen und Instrumente der verbindlichen Eigenverantwortung können sich einerseits auf das Verhältnis *der Versicherten zum Finanzierungsträger* beziehen, wie dies beispielsweise bei der direkten Beteiligung von PatientInnen an den Kosten der medizinischen Versorgung der Fall ist. Weitere Beispiele sind die Selbstzahlung von Leistungen, die aus dem Leistungskatalog der GKV ausgegliedert wurden oder die als ‚selbstverschuldet‘ charakterisiert werden, Risikozuschläge für gesundheitsschädliches Verhalten oder

Präventionsnachweise, die Voraussetzung dafür sind, dass den Versicherten der maximale Leistungsumfang gewährt wird (s. auch unten).¹ Die direkte Kostenbeteiligung oder Selbstzahlung ist dabei für alle PatientInnen (unter Berücksichtigung von Härtefällen) obligatorisch. Präventionsnachweise lassen den PatientInnen zwar gewisse Entscheidungsspielräume (z.B. keine Präventionsmaßnahmen zu treffen). Der Verbindlichkeitscharakter der Instrumente ist dennoch hoch, da die gesetzlichen Anreize so gesetzt sind, dass das Ausschöpfen dieses Entscheidungsspielraums nur unter Inkaufnahme hoher Kosten möglich ist. Andererseits können Maßnahmen der verbindlichen Eigenverantwortung auch die *Beziehung zwischen den PatientInnen und den Leistungserbringern* betreffen. Dies trafe beispielsweise auf gesetzlich vorgeschriebene Mitsprache- und Informationsrechte von PatientInnen bei medizinischen Entscheidungen (*shared decision making*) zu.

Eigenverantwortung im Rahmen der GKV kann aber auch *wählbaren bzw. fakultativen* Charakter aufweisen. In diesem Falle können sich die Versicherten bzw. PatientInnen den Elementen der Eigenverantwortung vollständig entziehen oder aber für diese optieren. Dies ist beispielsweise bei den von den Kassen angebotenen Wahltarifen, Bonusmodellen oder anderen Präventionsangeboten der Fall. Was die Beziehung PatientIn-Leistungserbringer betrifft, so lässt sich hier die Übernahme von finanzieller Eigenverantwortung für Leistungen, die als nicht unmittelbar medizinisch geboten/notwendig angesehen werden und deshalb nicht im Rahmen des GKV-Leistungskatalogs finanziert werden (so genannte individuelle Gesundheitsleistungen/ IGeL), als Beispiel benennen. Aber auch Selbstmedikation mit Hilfe nicht-verschreibungspflichtiger Medikamente (*over-the-counter medicines*) und Formen des *shared decision making* ohne verbindlichen gesetzlichen Rahmen lassen sich dieser Dimension zuordnen.

3. Chancen und Grenzen von Eigenverantwortung im Gesundheitswesen

Die o.g. Instrumente zur Stärkung der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen werden von den politischen Akteuren und weiten Teilen der Gesundheitsökonomie in der Regel

¹ Nicht alle diese Instrumente (wie etwa Risikozuschläge für gesundheitsschädliches Verhalten) kommen in der heutigen GKV bereits zum Einsatz, sie gehören aber zum Repertoire der gesundheitspolitischen Reformdiskussion im Themenfeld Eigenverantwortung.

unter zwei Gesichtspunkten diskutiert: Zum einen gibt es Instrumente, die *unmittelbar Finanzierungszwecken* dienen. Diese zielen darauf ab, mit einer Verlagerung und Umschichtung von Finanzierungsverantwortung hin von der Versichertengemeinschaft zum Individuum die GKV zu entlasten und damit einen Beitrag zur Nachhaltigkeit der GKV-Finanzen zu leisten bzw. den Anstieg der Lohnnebenkosten zu begrenzen. Zum anderen gibt es aber auch Elemente der Eigenverantwortung, die *primär Steuerungszwecken* dienen.² Diese zielen etwa darauf ab, Patienten und Versicherte zu gesundheitsförderndem Verhalten anzuhalten oder sie von einer vermeintlichen Überinanspruchnahme von Gesundheitsleistungen abzuhalten.

Ob die Instrumente – zumal in ihrer konkreten Ausgestaltung im Gesundheitssystem – diese Steuerungswirkung tatsächlich entfalten, ist jedoch in der Literatur höchst umstritten. Wenden wir uns zunächst einem zentralen Instrument der *verbindlichen Eigenverantwortung* zu, der *direkten Kostenbeteiligung*. Meist fußen die Erwartungen an dieses Instrument auf der Verhaltenstheorie des Menschen als *homo oeconomicus*. Für die Rechtfertigung einer direkten Kostenbeteiligung von PatientInnen ist zudem der Moral-Hazard-Effekt von großer Bedeutung. Dahinter steht die Annahme, für die Versicherten in einer sozialen Pflichtversicherung ohne direkte Kostenbeteiligung bestehe ein Anreiz, ihren individuellen Nutzen auf Kosten der Allgemeinheit zu maximieren: Da die Inanspruchnahme von Leistungen unabhängig von der Höhe der Beitragszahlung erfolgt, gebe es keinen Grund, umsichtig bzw. effizient mit den vorhandenen Ressourcen umzugehen. Es existiere sogar der Anreiz, die durch die Beitragszahlung ohnehin entstehenden Kosten durch eine extensive Inanspruchnahme wieder ‚reinzuholen‘. Zuzahlungen haben aus dieser Perspektive eine doppelte Funktion: Einerseits sollen sie die Inanspruchnahme von Leistungen auf das medizinisch notwendige Maß begrenzen und andererseits die Versicherten zur Prävention und zu gesundheitsgerechtem Verhalten bewegen.

Empirische Studien wie das viel zitierte RAND-Health-Insurance-Experiment weisen kurzfristig tatsächlich ein verändertes Nachfrageverhalten von PatientInnen unter den Bedingungen einer spürbar erhöhten direkten Kostenbeteiligung hin. Längerfristige gesundheitli-

² Mittelbar erhofft man sich davon häufig ebenfalls, über einen effektiveren und effizienteren Ressourceneinsatz positive Wirkungen auf die Finanzsituation zu erzielen.

che Folgen des Inanspruchnahmeverhaltens wurden jedoch in der Studie nicht untersucht (ausführlich dazu z.B. Gerlinger 2006). Zudem ergeben sich eine Reihe bedeutender „Nebenwirkungen“: Unter anderem – dies steht deutlich seltener im Vordergrund – untermauert die Studie die Gefahr der Verschleppung von Krankheiten, insbesondere bei Versicherten mit niedrigem Einkommen. Neben den beachtlichen Negativfolgen für die betroffenen PatientInnen können dadurch die erhofften Kostenersparnisse langfristig konterkariert werden. Der Negativeffekt wird noch verstärkt durch den Umstand, dass das Krankheitsrisiko bei Angehörigen unterer Einkommensschichten überdurchschnittlich hoch ist, so dass diese durch die direkte Kostenbeteiligung gleichsam doppelt belastet sind (ebd.). Strittig bleibt darüber hinaus grundsätzlich, ob im Gesundheitswesen überhaupt die Voraussetzungen dafür vorhanden sind, dass Patienten im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Leistungen ‚eigenverantwortlich‘ handeln. Lediglich der erste Arztkontakt erfolgt auf Initiative des Patienten, bei Notfällen besteht ohnehin keine ‚Wahl‘. Die Versicherten können zudem nur eingeschränkt beurteilen, welche medizinische Leistung ihren Bedürfnissen entspricht oder notwendig ist. Ihre Entscheidungen beruhen auf einer Informationsasymmetrie gegenüber dem Arzt, der als Leistungserbringer ein Eigeninteresse an der Nachfrageentscheidung der PatientInnen hat (anbieterinduzierte Nachfrage, hierzu siehe Rice 2003).³ Um tatsächlich erfolgreich Krankheitsprävention zu fördern sind „komplexe Strategien notwendig, die die gesundheitsbezogenen Handlungsressourcen der Menschen steigern und zugleich ihre Lebensverhältnisse so verändern, dass sich auch ihr Gesundheitsverhalten dauerhaft umstellen kann“ (Gerlinger 2006: 22). Erwartungen im Hinblick auf die Förderung von gesundheitsgerechtem Verhalten durch Zuzahlungen sollten daher nicht zu hoch angesetzt werden.

Die vielschichtigen Probleme einer Betrachtung von PatientInnen als rationale NutzenmaximiererInnen sowie einer hohen Steuerungserwartung an die direkte Kostenbeteiligung konnten aus Platzgründen an dieser Stelle nur angedeutet werden (ausführlich z.B. Sundmacher 2006; Gerlinger 2004; 2006; Host 2007). Fakt ist jedoch, dass überzeugende empirische

³ Ein weiteres interessantes, aber häufig vernachlässigtes Ergebnis der RAND-Studie ist in diesem Zusammenhang, dass die Honorierungsform der Leistungserbringer – z.B. Einzelleistungsvergütung versus fixes Gehalt, Fallpauschalen oder Kopfpauschalen pro PatientIn – einen größeren Einfluss auf die Kostensenkung ausübte als die direkte Kostenbeteiligung der PatientInnen (vgl. Holst 2007: 33).

rische Nachweise dafür bislang nicht vorgelegt wurden. So kommt Holst (2007: 3), der eine umfangreiche Auswertung von Untersuchungen der letzten 40 Jahre zu diesem Thema vornahm, beispielsweise zu dem Schluss,

dass belastbare Belege für das Moral-Hazard-Verhalten von Versicherten bzw. Patienten bisher fehlen und die üblicherweise angeführte Empirie für den Nachweis ungeeignet ist. Gesundheitswissenschaftliche, versorgungsbezogenen und klinische Studien legen vielmehr nahe, dass die Versicherten das System nicht ausnutzen wollen oder können. Die Einführung von Kostenbeteiligungen für Patienten scheint eher die bedarfsgerechte Versorgung zu gefährden, weil sie Kranke von der Inanspruchnahme abhalten. Die Vorstellung von einer ‚rationalen‘ Nutzung des Gesundheitswesens entpuppt sich als realitätsfremd.

Gestaltet man die *direkte Kostenbeteiligung nicht obligatorisch, sondern in Form von Wahltarifen*, muss man sich ebenfalls einiger prinzipieller Probleme oder „Nebenfolgen“ bewusst sein, obwohl diese Tarife häufig positiv mit der Stärkung der Wahlfreiheit und damit der Eigenverantwortung der PatientInnen in Verbindung gebracht werden. Denn Selbst-behalt-, Kostenerstattungstarife oder Tarife für die Nichtinanspruchnahme von Leistungen sind vor allem für Versicherte mit guten Risiken bzw. hinreichendem Einkommen attraktiv (Selbstselektion). Dies kann zu Beitragsausfällen führen, die von der Versicherungsgemeinschaft kompensiert werden müssen (Entsolidarisierung). Für Versicherte mit schlechten Risiken und/oder sehr niedrigem Einkommen besteht eine Wahlfreiheit bezüglich dieser Tarife faktisch nicht. Ursprünglich wurde deren Einführung damit begründet, eine Abwanderung einkommensstarker freiwillig Versicherter mit guten Risiken in die PKV zu verhindern. Statt die ungleichen Wettbewerbsbedingungen zwischen PKV und GKV durch die Einführung eines einheitlichen Versicherungsmarktes abzuschaffen, hat der Gesetzgeber mit der Einführung dieser Tarife jedoch neue Ungleichheiten innerhalb der Gruppe der GKV-Versicherten geschaffen (vgl. auch Gerlinger 2004: 502).

Neben diesen Wahltarifen, welche die Wahl der direkten Beteiligung an den Gesundheitskosten betreffen, haben sich in den vergangenen Jahren auch die *Wahlmöglichkeiten der PatientInnen in Bezug auf bestimmte Versorgungsformen* (z.B. Hausarztmodelle; integrierte Versorgung; Disease Management Programme/DMP) *oder bezüglich des Leistungskataloges* (z.B. bestimmte homöopathische Behandlungen) erhöht. Diese sollen einerseits den PatientInnen ein stärker auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Leistungsprofil ermöglichen sowie andererseits eine möglichst effiziente und effektive Versorgung unterstützen. Die Wirksamkeit dieser Modelle hängt dabei sehr stark von ihrer jeweiligen konkreten Ausgestaltung ab (ausführlich z.B. Sundmacher 2006). Dies gilt insbesondere für Gesundheitssys-

teme mit Kassenwettbewerb, in denen unverzerrte Wettbewerbsbedingungen ohne Risiko-selektion nicht einfach herzustellen sind.

Häufig sind diese Tarife mit *Bonuselementen* kombiniert, um die jeweilige intendierte Steuerungswirkung – z.B. die Lotsenfunktion des Hausarztes – zu verstärken. Als grundsätzliche Fragen stellen sich jedoch auch hier: Ist die zum Funktionieren dieser Instrumente notwendige Voraussetzung einer relativ großen Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen überhaupt gegeben oder herstellbar? Inwiefern können Patienten Unterschiede in der Qualität der Versorgungsformen beurteilen? De facto, so Sundmacher (2006: 170), sind die PatientInnen

auf einfache Sekundärkriterien wie z.B. den sichtbaren Dokumentationsumfang bei einer Erkrankung oder die Einrichtung der Praxis angewiesen, da insbesondere in der ambulanten Versorgung keine für den Patienten zugänglichen Qualitätsinformationen (z.B. über Behandlungserfolge) vorhanden sind. Somit besteht zukünftig die Gefahr, dass bei einer Entscheidung, die stark an den Boni orientiert ist, Versorgungsformen gewählt werden, die zu einer vom Patienten nicht gewünschten starken Qualitätseinbuße führen.

Andererseits sind beispielsweise DMPs explizit eingeführt worden, um diesen Informationsproblemen zu begegnen. Die Einschreibung in DMPs soll PatientInnen gewährleisten, dass sie entlang von Leitlinien behandelt werden, die jenseits des individuellen Arztes auf Basis wissenschaftlicher Standards entwickelt wurden.

Des Weiteren können bei auch verschiedenen Bonusmodellen Prozesse der Selbstselektion und eine damit möglicherweise verbundene Umverteilung von Kranken zu Gesunden nicht ausgeschlossen werden. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn insbesondere Gesunde, Einkommensstarke und Gebildete (mit leichterem Zugang zu den teils komplexen Informationen) auf bestimmte Bonus-Programme (etwa zur Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten, wozu die Bereitschaft in einkommensstarken Gruppen höher ist) zurückgreifen.

Ebenfalls meist im Bereich der ‚weichen‘ Steuerungsinstrumente angesiedelt ist die Beteiligung von PatientInnen an medizinischen Entscheidungen. Das Schlagwort *Shared Decision Making* (SDM) beschreibt ein Konzept, in dem Ärzte und PatientInnen gleichberechtigt gemeinsam über anstehende Behandlungen beraten und entscheiden. Dies soll die Compliance (d.h. das therapietreue Verhalten) der PatientInnen im Behandlungsprozess erhöhen, die Zufriedenheit der Behandelten steigern und somit den Behandlungserfolg verbessern. Das Konzept bedeutet eine Abkehr vom traditionellen, paternalistischen Rollenverständnis in der Arzt-Patient-Beziehung, das bei einer Mehrheit der Bevölkerung und

der Ärzte (insbesondere jedoch bei jüngeren Befragten auf beiden Seiten) auf Zustimmung stößt. In der praktischen Umsetzung stößt es allerdings häufig auf Hindernisse (Gesundheitsmonitor 2005). Die Wahrnehmung dieser Art von Eigenverantwortung durch die PatientInnen stellt hohe Anforderungen an den Umgang mit und Zugang zu umfassenden und evidenzbasierten Informationen. Von Seiten des Arztes sind gute kommunikative Kompetenzen und eine Bereitschaft zur Abgabe von Entscheidungsmacht erforderlich.

Neben diesen freiwillig wählbaren Instrumenten stehen in den gesundheitspolitischen Reformdebatten weitere, ‚harte‘ Steuerungsinstrumente zur Diskussion. Dazu gehören z.B. *Risikozuschläge für gesundheitsschädliches Verhalten* (wie etwa Risikosportarten, Alkoholkonsum oder Rauchen) oder Leistungsausgliederungen bei so genannten selbstverschuldeten Gesundheitsschäden (wie etwa durch Piercings oder Schönheitsoperationen). Solche Maßnahmen sind häufig in der Bevölkerung populär (Christoph/Ullrich 2006: 78), da sie ein Ungerechtigkeitsempfinden treffen: Warum soll die Solidargemeinschaft für den Luxus oder das Laster dieser Versicherten verantwortlich sein? Zu beachten ist allerdings, dass viele dieser Instrumente mit erheblichen Problemen der Verantwortungszuschreibung sowie der Kontrolle verbunden sind. Denn wo fängt gesundheitsschädliches Verhalten an? Ist zum Beispiel das Rauchen ein unverantwortliches Verhalten oder möglicherweise eine (behandlungsbedürftige) Suchtkrankheit? Und wie viel Aufwand ist gerechtfertigt (und finanzierbar), um derart ‚eigenverantwortliches‘ Verhalten zu erzwingen? Hier kommt erneut Nullmeiers (2006) Hinweis auf die Paradoxien des Zwangs oder der Erziehung zur Eigenverantwortung zum Tragen.

4. Eigenverantwortung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung seit 1992

Im Folgenden sollen zentrale Facetten der Entwicklung der Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) seit In-Kraft-Treten des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 dargestellt werden.⁴ Welche der eingangs genannten Instrumente standen im Vordergrund, welche wurden bislang wenig berücksichtigt?

⁴ Dieser Zeitpunkt wird in der Literatur als wichtiger Wendepunkt in der Geschichte deutscher Gesundheitsreformen angesehen, da hier erstmals nicht nur systemimmanente Ausgabenkürzungen, sondern grundlegende Strukturreformen vorgenommen wurden (z.B. Gerlinger 2003).

Direkte Kostenbeteiligung

Direkte Kostenbeteiligung bedeutet in der Regel eine anteilige private Kostenübernahme durch die Versicherten, die aus diesem Grund regelmäßig als Zuzahlung bezeichnet wird. Diese lässt sich auf folgende drei Grundtypen reduzieren: 1) Die absolute Selbstbeteiligung: Hier ist die Selbstbeteiligung der PatientenInnen auf einen absoluten Betrag festgelegt. 2) Der Festzuschuss: Hier übernimmt die Versicherung einen festgelegten Betrag für bestimmte Leistungen, während der restliche Betrag vom Patienten/Versicherten übernommen wird und 3) Die prozentuale Selbstbeteiligung: Bei dieser hat der Patient einen bestimmten Anteil der Behandlungs- bzw. Arzneimittelkosten selbst zu tragen (Kühn/Braun/Reiners 1993).

Seit 1992 sind nahezu alle Gesundheitsreformen mit einer Erhöhung der von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel verbunden gewesen. Im Bereich der Arzneimittel wurde hier zunächst eine absolute Selbstbeteiligung eingeführt: die Zuzahlungen waren nach der Packungsgröße gestaffelt. Ferner wurden Mitte der 1990er auch absolute Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalten eingeführt sowie die Zuzahlungen für Fahrtkosten zur Behandlung erhöht. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) ergaben sich mehrere Änderungen im Bereich der Kostenbeteiligung: Zum einen wurde der prozentuale Zuschuss zum Zahnersatz durch einen befundorientierten Zuschuss ersetzt. D.h. der Zuschuss, den die Krankenkassen in diesem Bereich leisten, richtet sich seit 2005 ausschließlich nach dem zahnärztlichen Befund. Dieser wird auf jede Behandlungsart gleichermaßen angerechnet, orientiert sich aber an der Regelversorgung. Dies führt dazu, dass PatientInnen, die sich für Methoden jenseits der Regelversorgung entscheiden (z.B. Implantate), die teilweise erheblichen Mehrkosten aus eigener Tasche tragen müssen. Mit dem GMG wurde außerdem die so genannte Praxisgebühr eingeführt, die eine pauschale Zuzahlung von zehn Euro beim ersten Arzt- und Zahnarztbesuch im Quartal vorsieht⁵. Ferner wurde im GMG festgelegt, dass Patienten grundsätzlich zu allen Leistun-

⁵ Wie die Daten aus dem Bertelsmann Gesundheitsmonitor zeigen, hat sich seit Einführung der Praxisgebühr die Zahl der Arztbesuche ebenso verringert wie die Zahl der Facharztbesuche ohne Überweisung. 2007 zeigt sich allerdings erstmals wieder ein Anstieg der Facharztkontakte – was auf einen Gewöhnungseffekt bei den PatientInnen hindeuten könnte. Eine nähere Analyse der Daten ergibt zudem, dass die Zahl der Arztkontakte vor allem bei Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand und geringem Einkommen gesunken ist: Versicherte mit

gen der GKV Zuzahlungen in Höhe von 10% der Kosten erbringen müssen. Höchstens, so die Regelung, seien jedoch zehn Euro und mindestens fünf Euro zuzuzahlen. Um Härten zu vermeiden, sind die Zuzahlungen, die Patienten jährlich zu leisten haben allerdings auf 2% des Bruttohaushaltseinkommens begrenzt – bei chronisch Kranken auf 1% desselben. Mit dem Arzneimittelwirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) wurde 2006 darüber hinaus die Möglichkeit geschaffen, dass die Arzneimittelzuzahlungen wegfallen können, wenn der Preis eines Medikamentes mindestens 30 % unter dem Festbetrag liegt.

Interessanterweise zeigen die Daten der Gesundheitsberichterstattung, dass die Zuzahlungen in der GKV seit 2005 von 5,46 Mrd. Euro auf 5,34 Mrd. in 2006 und 4,83 Mrd. in 2007 zurückgegangen sind. Dieser Rückgang ist v.a. auf den Rückgang der absoluten Zuzahlungen im Bereich der Arzneimittel zurückzuführen, was unter anderem auf die oben beschriebene Regelung des AVWG zurückzuführen sein dürfte. Im Vergleich mit anderen europäischen Gesundheitssystemen bewegten sich die Zuzahlungen auch nach dem GMG noch im Mittelfeld (Schneider 2004). In etlichen anderen OECD-Staaten liegen beispielsweise die für Arzneimittel zu leistenden Zuzahlungen deutlich über dem deutschen Niveau (Beske 2005). Zuzahlungen machen jedoch nur einen Teil der privaten Gesundheitsausgaben aus. Insgesamt sind diese in letzten Jahren angestiegen (siehe nächster Abschnitt).

Selbstzahlung aufgrund von Leistungsgliederungen

Neben einer Ausweitung der Zuzahlungsregeln haben die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre auch dazu geführt, dass sich die politischen Entscheidungsträger auf den Ausschluss einiger Leistungsbereiche aus dem Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung geeinigt haben. Ein solcher Ausschluss bedeutet, dass Leistungen, die ursprünglich von der GKV finanziert wurden, zukünftig nur noch teilweise (z.B. über absolute oder proportionale Zuschüsse) oder aber auch gar nicht mehr finanziert werden. Beispiele für letzteres sind u.a. der Ausschluss von kieferorthopädischen Behandlungen für Erwachsene aus

schlechtem Gesundheitszustand hatten 2003 noch 28 Arztkontakte pro Jahr, 2007 jedoch nur noch 24. Da die Praxisgebühr nur einmal pro Quartal fällig wird, hat sie auf die Gruppe der (chronisch) kranken "Vielfachnutzer" eine vernachlässigbare Anreizwirkung. Anders stellt sich dies für die Gruppe der gesunden "Geringnutzer" dar, die einen sehr viel höheren Anreiz zur Vermeidung eines Arztbesuchs haben sollte. Gerade bei dieser Gruppe zeigt sich aber seit 2003 eine Konstanz bei den Arztkontakten (Reiners 2007).

dem GKV-Leistungskatalog. Auch die Erstattung von Sehhilfen und Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung wurde generell gestrichen. Ferner – und politisch nicht unumstritten – wurden die Leistungen der GKV im Rahmen der künstlichen Befruchtung deutlich eingeschränkt, so dass in diesem Bereich nur noch 50% der Kosten für bis zu drei Behandlungen erstattet werden. Seit 2004 sind ferner nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen. Andere Einschnitte in den Leistungskatalog der GKV resultierten darüber hinaus aus den Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), einem Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung, das in Richtlinien über die Inhalte der Versorgung der GKV bestimmt und somit über den Umfang bzw. die Ausgestaltung ärztlicher Behandlungen, die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden befindet.

Insgesamt führen Einschnitte in den GKV-Leistungskatalog, die in der Gesetzesbegründung zum GMG mit der „Konzentration des GKV-Leistungsanspruchs auf das Notwendige“ begründet werden, im Umkehrschluss dazu, dass die (teil-)ausgegliederten Leistungen regelmäßig und eigenverantwortlich vom Patienten bzw. vom Versicherten selbst zu finanzieren bzw. ko-zufinanzieren sind. Medizinische Leistungen, die nicht (mehr) in der GKV erstattungsfähig sind, finden sich nicht selten als so genannte „IGeL-Leistungen“ der Arztpraxen wieder. Diese „Individuellen Gesundheitsleistungen“ sind nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten, sie werden vielmehr von den Ärzten zusätzlich angeboten und privat abgerechnet. Da auch hier die generellen Informationsasymmetrien des Gesundheitssektors greifen (s.o.) und die Leistungserbringer IGeL-Leistungen zudem als Einnahmequellen erschlossen haben, hat diese neuartige Form der finanziellen Eigenverantwortung in den vergangenen Jahren deutliche Wachstumsraten verzeichnet: Nach Daten aus einer Patientenbefragung bekamen im Jahr 2005 fast ein Viertel aller PatientInnen IGeL-Leistungen angeboten bzw. nahmen diese in Anspruch. Gegenüber der Vorjahr stellt dies eine Erhöhung um 44% dar (Zok/Schuldzinski 2005).

Tabelle 1: Gesundheitsausgaben privater Haushalte in Deutschland in Mio Euro

	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Gesundheitsausgaben	16.256	18.979	19.038	22.939	24.725	27.040	31.698	33.329
Investitionen			782	1.790	2.125	2.432	2.737	2.985
laufende Gesundheitsausgaben	16.256	18.979	18.256	21.149	22.600	24.608	28.961	30.343
Prävention/ Gesundheitsschutz	308	411	406	522	656	773	910	935
Allgemeiner Gesundheitsschutz								
Gesundheitsförderung	302	403	396	512	642	759	895	917
Früherkennung von Krankheiten	6	8	10	10	13	14	15	17
Gutachten und Koordination	0	0	0	0	0	0	0	0
Ärztliche Leistungen	1.900	2.305	2.622	2.528	2.861	3.160	5.628	5.661
Grundleistungen	231	281	330	337	385	404	1.482	1.493
Sonderleistungen	1.527	1.851	2.088	1.949	2.192	2.456	3.511	3.509
Laborleistungen	79	96	112	132	144	155	306	318
Strahlendiagnostische Leistungen	63	77	92	109	139	144	328	341
Pflegerische/ therapeutische Leistungen	4.090	4.725	3.145	3.196	3.793	4.456	4.502	4.766
Pflegerische Leistungen	3.263	3.771	2.014	1.860	2.370	2.868	3.004	3.270
Therapeutische Leistungen	823	949	1.125	1.329	1.415	1.581	1.490	1.488
Mutterschaftsleistungen	4	5	5	7	7	7	8	8
Unterkunft und Verpflegung	1.020	1.156	1.144	2.522	3.599	4.362	4.894	5.696
Waren	8.869	10.308	10.858	12.272	11.577	11.735	12.936	13.217
Arzneimittel	4.590	5.747	6.129	7.621	6.382	6.405	7.268	7.042
Hilfsmittel	2.521	2.484	2.510	2.694	3.052	3.082	2.974	3.651
Zahnersatz (Material- und Laborkosten)	1.686	1.995	2.126	1.831	2.009	2.110	2.543	2.371
sonstiger medizinischer Bedarf	72	82	94	126	134	139	151	153
Transporte	68	75	81	109	114	121	91	70

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Daten für 2007 und 2008 sind darin noch nicht ausgewiesen

Die oben genannten Entwicklungen illustriert auch Tabelle 1, die die nominalen Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte seit 1992 zeigt. Betrachtet man die Tabelle im Detail, so fällt auf, dass beispielsweise die Ausgaben privater Haushalte für den Bereich der Arzneimittel relativ moderat gewachsen sind – obwohl dies in der Öffentlichkeit häufig anders wahrgenommen wird. Nahezu verdreifachte Ausgaben zeigen sich hingegen bei den Zahlungen privater Haushalte für ärztliche (Zusatz-)Leistungen – was sich mit den oben dargestellten Erfahrungen im Bereich der individuellen Gesundheitsleistungen deckt. Dies gilt im Übrigen auch für den Bereich der zahnmedizinischen Ausgaben.

Insgesamt hat sich der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland zwischen 1992 und 2006 von 10,3 % auf 13,6% und damit um 3,3 Prozentpunkte erhöht. Dabei zeigen die Daten einen sehr konstanten bzw. kontinuierlichen Aufwärtstrend – mit einer Ausnahme im Jahr 1996.

Zusatzbeitrag für Zahnersatz und Krankengeld

Zusätzlich zu den bisher dargestellten Entwicklungen wurde die finanzielle Eigenverantwortung der Versicherten auch dadurch gefordert, dass sich die rot-grüne Koalition sowie die oppositionelle CDU im GMG darauf verständigten, Zahnersatz und Krankengeld aus dem GKV-Leistungskatalog auszuschließen. Nachdem zunächst eine private Zusatzversicherung für Zahnersatz und die alleinige Finanzierung des Krankengeldes durch die Versicherten vorgesehen war, einigten sich die Parteispitzen schließlich darauf, dass gesetzlich Versicherte ab Juli 2005 einen GKV-Sonderbeitrag von 0,9 Prozent ihres Einkommens ohne Beteiligung der Arbeitgeber finanzieren müssen. Gleichzeitig wurden die gesetzlichen Krankenkassen dazu verpflichtet, ihre Beitragssätze um 0,9 Prozentpunkte senken. Durch diesen Schritt wurden die Unternehmer und Rentenkassen (letztere leisten anteilig Krankenkassenbeiträge für die RentnerInnen) um 4,5 Mrd. Euro entlastet, während die Versichertengemeinschaft um denselben Beitrag belastet wurde.

Eigenbezahlung von Folgebehandlungen medizinisch nicht-notwendiger Eingriffe

Unter dem Aspekt der Eigenverantwortung ist im Rahmen dieses Beitrags insbesondere auch auf eine Regelung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) aus dem Jahre 2006 hinzuweisen, nach der behandlungsbedürftige Folgeerkrankungen von medizinisch nicht notwendigen Behandlungen, z.B. durch Schönheitsoperationen oder Piercing, nicht mehr von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden dürfen und die Betroffenen die hierfür notwendigen medizinischen Folgebehandlungen aus eigener Tasche bezahlen müssen. Dabei wird diese Regelung in der Gesetzesbegründung mit der folgenden Argumentation gerechtfertigt: "Versicherte, die solche Maßnahmen durchführen lassen setzen sich aus eigenem Entschluss gesundheitlichen Risiken aus, daher ist es nicht sachgerecht diese Risiken durch die Versichertengemeinschaft abzudecken". Bei dieser Regelung handelt es sich somit um eine Umsetzung einer Maßnahme, die wir in der Abbildung 1 als "Leistungsausschluss bzw. Selbstzahlung bei gesundheitsschädlichem oder ‚selbstverschuldetem‘ Verhalten" bezeichnet haben.

Prävention als zentrales Element der Eigenverantwortung

Eigenverantwortung für die individuelle Gesundheit übernimmt zweifelsohne auch, wer an Maßnahmen der Primär- Sekundär- und Tertiärprävention aktiv partizipiert. Als genuine Form der Eigenverantwortung hat Prävention mit dem Gesundheitsreformgesetz 1989 einen eigenständigen Platz in der GKV erhalten: Seit dem legt § 20 SGB V fest, zu welchem Zweck und in welchem Umfang die Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung tätig werden dürfen. Um dem Stellenwert präventiver Maßnahmen für die Gesundheit der Versicherten auch legislativ umzusetzen, soll die Prävention, wie im Koalitionsvertrag festgeschrieben, zu einer eigenständigen Säule der Gesundheitsversorgung ausgebaut werden. Der Entwurf des hierfür notwendigen Präventionsgesetzes findet bislang jedoch nicht die Zustimmung der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag.

Bonus-Modelle in der Prävention

Um Versicherten bzw. PatientInnen zu Präventionsmaßnahmen bzw. zu gesundheitsgerechtem und therapietreuen Verhalten anzuhalten, sind in der GKV Maßnahmen eingeführt worden, die es den Kassen erlauben, Versicherte für gesundheitsförderndes Verhalten belohnen. Diese Bonus-Modelle haben wählbaren Charakter. So können Krankenkassen seit dem GMG jene Mitglieder, die sich in besonderer Weise für ihre Gesundheit einsetzen und beispielsweise an einem Präventionskurs teilnehmen, im Rahmen von kasseneigenen Bonusmodellen hierfür (auch finanziell) belohnen. Auch für chronisch kranke Mitglieder, die sich z.B. durch die Einschreibung in einem strukturierten Behandlungsprogramm dazu bereit erklären, einem evidenzbasierten Behandlungsschema zu folgen, können die Kassen Boni – wie beispielsweise die Erstattung der Praxisgebühr – einräumen.

Malus-Modelle in der Prävention

Neben der Möglichkeit gesundheitsförderndes Verhalten zu belohnen sind die Kassen vom Gesetzgeber in einigen Fällen auch dazu verpflichtet worden, nicht-gesundheitsförderndes Verhalten ihrer Mitglieder zu sanktionieren. In der Regel wird hierbei ein Präventionsnachweis zur Bedingung der maximalen Leistungsgewährung (vgl. Sundmacher 2006). Das wohl bekannteste Beispiel für diese Form der "verordneten Eigenverantwortung", ist das Bonusheft für zahnärztliche Kontrolluntersuchungen. Dieses wurde 1991 eingeführt und sorgt seitdem dafür, dass nur der Nachweis regelmäßiger zahnärztlicher Prophylaxeuntersuchungen zum maximalen Kassenanteil an den Leistungen des Zahnersatzes führt: Nur bei nachgewiesenem Kontrollbesuchen beim Zahnarzt erhöht sich der Festzuschuss für

Zahnersatz um 20 % (bei 5-jährigem Präventionsnachweis) bzw. 30 % (bei 10-jährigem Präventionsnachweis). Eine weitere Form eines solchen Präventionsnachweises wurde im Rahmen des GKV-WSG eingeführt: Für chronisch kranke Versicherte gilt nur dann noch dann eine reduzierte Zuzahlungsbelastungsgrenze (1% gegenüber 2% des Bruttojahreshaushaltseinkommens), wenn sie vor ihrer Erkrankung regelmäßig die relevanten Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch genommen haben. Wer von der GKV zur Verfügung gestellte Maßnahmen der Sekundärprävention nicht in Anspruch nimmt, darf also bei einer späteren chronischen Erkrankung nicht mehr mit einer halbierten Zuzahlung rechnen. Die jährliche Bescheinigung, die chronisch kranken Versicherten diese verminderte Zuzahlungserfordernis gewährt, darf der Arzt seit diesem Jahr zudem nur noch bei "therapiegerechtem Verhalten" des Patienten ausstellen. Durch diese Regelung bringt der Gesetzgeber, wie es in der Gesetzesbegründung heißt, "die Verpflichtung der Versicherten gegenüber der Versichertengemeinschaft zu gesundheitsbewusstem und eigenverantwortlichen Verhalten" zum Ausdruck. Die Einführung dieser Maßnahme war hoch umstritten. Unter anderem wurde kritisiert, dass sie unter Umständen zu einer Bestrafung und damit doppelten (gesundheitlichen und finanziellen) Belastung chronisch Kranker führe.

Wahltarife in der GKV

Mit dem GKV-WSG wurde schließlich auch in der GKV eine Form der Eigenverantwortung eingeführt, die so bisher nur in der PKV bzw. für die freiwillig gesetzlich Versicherten gegolten hat. Seit Frühjahr 2007 erhöhen Kostenerstattungs- bzw. Selbstbehalttarife die Eigenverantwortung des Versicherten und stellen diesem bei einer Inanspruchnahme unterhalb der Selbstbehaltgrenze bzw. bei keiner Inanspruchnahme von Leistungen Prämien-erstattungen in Aussicht. Diese finanziellen Anreize können in der Tat zu einer – um Selbstselektionsprozesse bereinigten⁶ – Inanspruchnahmesenkung führen (Felder/Werblow 2006). Allerdings bergen diese neuartigen Vertragsformen auch Risiken, z.B. der Entsolidarisierung und faktischen Ungleichbehandlung gesetzlich Versicherter (wie in Abschnitt 3 bereits beschrieben).

⁶ Als Selbstselektion bezeichnet man die bewusste Entscheidung einer zu untersuchenden Person, zu einer Stichprobe zu gehören. Selbstselektion führt dazu, dass die Stichprobe nicht re-

Im Zuge des GKV-WSG wurden die Krankenkassen darüber hinaus dazu verpflichtet, ihren Versicherten spezielle Hausarzttarife anbieten. Wer sich in ein Hausarztmodell einschreibt und im Krankheitsfall immer zuerst zum Hausarzt geht, wird von Zuzahlungen oder Praxisgebühren befreit oder bekommt andere Boni. Die Teilnahme an den Hausarztmodellen ist für Versicherte und Ärzte freiwillig. Auch für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen wie der integrierten Versorgung oder DMPs müssen die Krankenkassen ihren Versicherten nun Tarife anbieten und können diese mit Zuzahlungsnachlässen oder Prämien verbinden.

Ein neuer Kostenerstattungstarif richtet sich zudem an gesetzlich Versicherte, die Leistungen wie Privatversicherte in Anspruch nehmen möchten: Bei Inanspruchnahme erhält der Versicherte eine Rechnung, die er zunächst einmal selbst bezahlt. Die Leistungen, die der Arzt oder das Krankenhaus in Rechnung stellen, werden – je nach Tarif – zu einem höheren Gebührensatz berechnet als für gesetzlich Krankenversicherte; möglich ist ein um das 2,3-fache höherer Gebührensatz. Die Kosten bekommt der Versicherte von seiner Krankenkasse erstattet. Der Rahmen der Kostenerstattung ist im Tarif vertraglich vereinbart. Diese Prämie wird zusätzlich zum monatlichen Beitragssatz fällig. Die ‚Wahlfreiheit‘ für diese Art von Tarif besteht aus diesem Grund faktisch nur für einkommensstarke Versicherte.

PatientInneninformation und -beteiligung (shared decision making)

Gesetzliche Grundlagen zur Umsetzung von *Shared Decision Making* im Gesundheitssystem gibt es in Deutschland nicht, und SDM kann auch noch nicht als in (internationalen) Fachdebatten fest etabliertes Konzept angesehen werden (Gesundheitsmonitor 2005). Es gibt jedoch Bemühungen, unter anderem von Akteuren wie der Bertelsmann Stiftung oder dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Aufmerksamkeit für das Thema „PatientInnen als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“⁷ zu erhöhen und das Konzept SDM dadurch voranzubringen. Auch haben sich in den letzten Jahren die Bedingun-

präsentativ ist und Rückschlüsse auf die Eigenschaften der Grundgesamtheit daher nur in eingeschränktem Maße zulässig sind.

⁷ Vgl. z.B. den gleichnamigen Forschungsschwerpunkt des BMG, <http://www.patient-als-partner.de>.

gen für PatientInnen deutlich verbessert, an unabhängige Informationen zu gelangen. Als ein Beispiel ist die Gründung eines unabhängigen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu nennen, das PatientInnen und Ärzte u.a. darüber informieren soll, welche Behandlungen möglich und sinnvoll sind. Seit 2004 gibt es eine Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der PatientInnen. Und vor allem im stationären Bereich hat sich das Informationsangebot über die Qualität der Leistungen deutlich verbessert. Beispiele hierfür sind Portale zum Vergleich von Krankenhäusern, die von Kassen, aber auch von der Bertelsmann Stiftung angeboten werden; aber auch die Veröffentlichung ausgewählter BQS⁸-Indikatoren durch die Krankenhäuser selbst. Im Bereich der ambulanten Versorgung fehlt jedoch ein solcher Zugang bisher nahezu vollständig.

5. Schlussfolgerungen

Dieser Beitrag hat sich zum Ziel gesetzt, der potenziellen und faktischen Ausgestaltung von Eigenverantwortung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung nachzuspüren. Insgesamt sehen wir, dass das Spektrum möglicher Instrumente zur Verwirklichung von Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung äußerst vielfältig ist. Das Funktionieren der Instrumente ist stark von konkreten Ausgestaltungen abhängig und prinzipiell sehr voraussetzungsvoll hinsichtlich *der Informationen und Ressourcen, die den PatientInnen zur Verfügung stehen müssten*, um die jeweilige Eigenverantwortung auch tatsächlich wahrnehmen zu können. Dies gilt insbesondere für den Bereich der wählbaren Eigenverantwortung. Einige Instrumente stoßen jedoch auf Grund überhöhter Steuerungserwartungen und beachtlicher unerwünschter „Nebeneffekte“ (Umverteilung von Kranken zu Gesunden; Kumulation von Belastungen bei Problemgruppen; hohe Kontrollkosten; inakzeptable Kontrollnebenfolgen z.B. durch starke Freiheitseingriffe) an prinzipielle Grenzen. Dies gilt vor allen im Bereich der verpflichtenden Eigenverantwortung. Gerade dieser letzte Bereich, aber auch die wählbare, fakultative Eigenverantwortung, haben in der GKV in den letzten 15 Jahren deutlich an Dynamik gewonnen. Gründe für diese Entwicklung können in der anhaltenden Diskussion um die Sicherung der Finanzierungsgrundlagen der

⁸ Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung.

GKV, aber auch in einem veränderten Stellenwert der Prävention sowie dem seit Anfang der 1990er Jahre eingeschlagenen Reformpfad des Kassenwettbewerbs gesehen werden.

Kohlrausch/Mätzke (2008: 90-91) unterscheiden drei Dimensionen von Eigenverantwortung:

(1) „Eigenverantwortung als Nullsummenspiel“: Dieses Verständnis von Eigenverantwortung impliziert eine Privatisierung individueller Risiken nach dem Grundsatz „Je mehr Eigenverantwortung, desto weniger Solidarität“;

(2) Eigenverantwortung als „Neudefinition des Solidaritätsbegriffs“: Hier geht es dem Anspruch nach nicht um weniger Solidarität, sondern um neue Grenzziehungen zwischen „drinnen“ und „draußen“, etwa durch Veränderungen in den Anspruchsvoraussetzungen und Reziprozitätserwartungen bei Sozialleistungen;

(3) Eigenverantwortung in Form von „Autonomiespielräumen“: Darunter fassen die Autorinnen eine „Rücknahme an staatlicher Gängelung, die mit den neuen, Eigenverantwortung betonenden Organisationsformen der Sozialpolitik einhergeht“ (ebd.: 91), eine aktive Ermöglichung einer verantwortlichen Gestaltung der eigenen Biografien sowie eine Offenheit der Sicherungsstrukturen gegenüber verschiedenen Lebensläufen.

Wie die Ausführungen oben gezeigt haben, lag der Schwerpunkt der konkreten Verwirklichung von Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik bisher vor allem in der ersten Dimension, da wesentliche Reformschritte dem Bereich der Privatisierung von Gesundheitskosten zuzuordnen sind. Diese Tendenz wird sich voraussichtlich auch künftig fortsetzen, da das GKV-WSG eine Möglichkeit für die Kassen geschaffen hat, individuelle Zusatzbeiträge („kleine Kopfpauschalen“) zu erheben. Unter sonst gleichen finanziellen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen, ist davon auszugehen, dass die Kassen früher oder später von diesem Instrument auch Gebrauch machen (müssen). Der zweite Bereich einer Re-Definition der Solidargemeinschaft und engeren Verknüpfung der Leistungen mit bestimmten Verhaltensweisen und Gegenleistungen der Leistungsempfänger, ist im Gesundheitswesen bisher weniger stark ausgeprägt als in anderen Bereichen wie etwa der Absicherung bei Arbeitslosigkeit (ausführlich Aust/Bothfeld/Leiber 2006). Verbindliche Präventionsnachweise (z.B. für die Prävention beim Zahnersatz oder der Krebsvorsorge) werden zwar punktuell eingesetzt. Auch kann man die jüngst beschlossene Ausgliederung von Folgebehandlungen medizinisch nicht-notwendiger Eingriffe als einen Einstieg in eine Neudefinition der zu versichernden Risiken betrachten. Weitergehende Schritte etwa in die

Richtung von Risikozuschlägen für gesundheitsschädliches Verhalten wurden jedoch noch nicht in die Praxis der GKV umgesetzt. Und auch Maßnahmen, die ein Verständnis von Eigenverantwortung im Sinne der dritten Dimension widerspiegeln würden (z.B. Stärkung der Voraussetzungen und Ressourcen für einen gleichberechtigten Zugang der PatientInnen zu mehr Prävention, Mitsprache und der Wahrnehmung von Wahloptionen) sind bislang allenfalls ansatzweise in effektive politische Maßnahmen umgesetzt worden.

Im Hinblick auf die künftige Weiterentwicklung des Gesundheitswesens besäße v.a. diese dritte Dimension der Stärkung von Autonomiespielräumen noch positives Gestaltungspotenzial. Der Begriff Eigenverantwortung ist als Leitbild dafür jedoch möglicherweise verbraucht. Denn seine realpolitische Umsetzung wird mit der Privatisierung von Risiken und der Zurückschneidung grundlegender Rechte gleichgesetzt (vgl. auch ebd.). Vielleicht ist es daher in jüngerer Zeit stiller um den Begriff der Eigenverantwortung geworden, auch wenn er implizit nach wie vor in den Sozialstaatsdebatten präsent ist. Die Suche nach einem nachhaltigen Leitbild für die Sozialstaatsentwicklung ist jedenfalls noch nicht beendet.

Literatur

- Aust, J./S. Bothfeld/S. Leiber (2006): Eigenverantwortung – eine sozialpolitische Illusion?, in WSI-Mitteilungen 59(4), 186-193.
- Beske, F./U. Drabinski/U. Golbach (2005): Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Eine Analyse von 14 Ländern, Kiel.
- Böcken, J./Braun, B./Schnee, M./Amhof, R. (2006): Gesundheitsmonitor 2005 – Die ambulante Versorgung aus Sicht der Ärzteschaft, Gütersloh.
- Braun, B./H. Kühn/H. Reiners (1993): Das Märchen von der Kostenexplosion: Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, Frankfurt/M.
- Felder, S./A. Werblow (2006): Anreizwirkungen wählbarer Selbstbehalte. Das Selbstbehaltmodell der Techniker Krankenkasse, Baden-Baden.
- Gerlinger, T. (2003). „Ein Schritt vorwärts – zwei Schritte zurück? Rot-grüne Gesundheitspolitik 1998-2003“ Prokla 2006(3): 365-388.
- Gerlinger, T. (2004): Privatisierung – Liberalisierung – Re-Regulierung: Konturen des Umbaus des Gesundheitssystems, in: WSI-Mitteilungen 57 (9), 501-506.
- Gerlinger, T. (2006): Direkte Kostenbeteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Ein sinnvolles Instrument?, in: WSI-Mitteilungen 59 (4), 277-230.
- Gesundheitsmonitor (2005): Shared Decision Making: Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen, Newsletter 3/2005, http://www.hpm.org/Downloads/Newsletter_HPNGemo/0305_Shared_Decision_Making.pdf.
- Hinrichs, K. (2004): Alterssicherungspolitik in Deutschland: Zwischen Kontinuität und Paradigmenwechsel, in: P. Stykow/J. Beyer (Hg.): Gesellschaft mit beschränkter Hoffnung. Reformfähigkeit und die Möglichkeit rationaler Politik, Wiesbaden, 266-286.
- Holst (2007): Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz! - Theoretische Betrachtungen und empirische Befunde aus Industrieländern, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health am WZB, Berlin.
- Christoph, B. /Ullrich, C.G. (2006): Die GKV in den Augen der Bürger: Wahrnehmung des Lastenausgleichs und Bewertung von Reformoptionen, in: Sozialer Fortschritt 55 (4), 75-83.
- Kohlrausch, B./M. Mätzke (2008): Der Sozialstaat auf dem Prüfstand – Eigenverantwortung und Solidarität im sozialpolitischen Richtungswechsel der Sozialdemokratie, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 59 (2), 84-91.
- Nolting, H.-D./E.-G. Hagemeyer/B. Häussler (2004): Eigenverantwortung im deutschen Gesundheitswesen: ein Problemaufriss, in: Bertelsmann Stiftung (Hg.): Eigenverantwortung. Ein gesundheitspolitisches Experiment, Gütersloh, 11-22.
- Nullmeier, F. (2006): Eigenverantwortung, Gerechtigkeit und Solidarität – Konkurrierende Prinzipien der Konstruktion moderner Wohlfahrtsstaaten?, in: WSI-Mitteilungen 59 (4), 175-180.
- Oschmiansky, F./A. Mauer/K. Schulze Buschoff (2007): Arbeitsmarktreformen in Deutschland – Zwischen Pfadabhängigkeit und Paradigmenwechsel, in: WSI-Mitteilungen 60 (6), 291-297.
- Reiners, H. (2008): Was bewirkt der Wegzoll? in: Gesundheit und Gesellschaft 11 (1), 31-33.
- Rice, T. (2003): The Economics of Health Reconsidered, Second Edition, Chicago.

- Schneider, M./U. Hofmann/A. Köse (2004): Zuzahlungen im internationalen Vergleich, Augsburg.
- Zok, K./W. Schuldzinski (2005): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis, Publikation des Wissenschaftlichen Institutes der AOK (WIdO) und der Verbraucherzentrale NRW.
- Sundmacher, Torsten (2006): Fördern und Fordern auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Eine Untersuchung auf der Grundlage unterschiedlicher ökonomischer Verhaltenstheorien, in: Sozialer Fortschritt 5 (55), 168-178.

Bisher erschienene WSI-Diskussionspapiere (ab 2000)

78. **Seifert, Hartmut:** Competition, Flexibility and Working Hours, Januar 2000
79. **Bahn Müller, Reinhard / Bispinck, Reinhard / Weiler, Anni:** Tarifpolitik und Lohnbildung in Deutschland am Beispiel ausgewählter Wirtschaftszweige, Februar 2000
80. **Seifert, Hartmut:** New Approaches to Working Time Policy in Germany: The 28,8 Hour Working Week at Volkswagen Company, Februar 2000
81. **Truger, Achim:** Kritisches zu den Wohlfahrtsaussagen der neueren Steuertheorie, Februar 2000
82. **Ebert, Daniela:** Bestimmungsfaktoren der Beschäftigung in der Bundesrepublik. Eine empirische Analyse der Faktorsubstitutionshypothese unter Berücksichtigung einer Alternativhypothese, Februar 2000
83. **Truger, Achim:** Steuerreformen für mehr Beschäftigung?, Februar 2000
84. **Bispinck, Reinhard / Schulten, Thorsten:** Alliance for Jobs: Is Germany following the path of „competitive corporatism“?, April 2000
85. **Klammer, Ute:** Working women in the age of flexibility - new diversities, new needs for social protection, April 2000
86. **Ziegler, Astrid:** Die Europäischen Strukturfonds 2000 – 2006 – Zu den Einflussmöglichkeiten der Sozialpartner in der Bundesrepublik Deutschland, April 2000
87. **Truger, Achim:** Ökologische Steuerreformen in Europa – Wo steht Deutschland?, Juni 2000
88. **Truger, Achim:** Konstitutionelle Ökonomik, Staatsversagen und „Wissenschaftsversagen“, September 2000
89. **Klammer, Ute:** Old problems – new solutions? – Working mothers between social policies and social practices – October 2000
90. **Pelz, Thomas / Ziegler, Astrid:** Synopse aktueller Untersuchungen zur Wirtschaftsentwicklung in den neuen Bundesländern, Dezember 2000
91. **Schulte, Christiane / Ziegler, Astrid:** Wettbewerbsmodelle in der deutschen Wirtschafts- und Strukturpolitik – ein neuer Fördertyp, Dezember 2000
92. **Schulten, Thorsten:** Solidarische Lohnpolitik in Europa – Ansätze und Perspektiven einer Europäisierung gewerkschaftlicher Lohnpolitik, März 2001
93. **Sitte, Ralf:** Zwischen Konzeption und Obstruktion – eine Betrachtung zum K(r)ampf um die Ökosteuer, April 2001
94. **Trautwein-Kalms, Gudrun/Viedenz, Jürgen:** Dienstleistungsarbeit und Interessenvertretung, Sonderauswertung der WSI-Betriebsräte-Befragung 2000 für den privaten Dienstleistungsbereich, Mai 2001
95. **Hein, Eckhard:** Institutions and Macroeconomic Performance: Central Bank Independence, Labour Market Institutions and the Perspectives for Inflation and Employment in the European Monetary Union, June 2001
96. **Ziegler, Astrid/Breuer, Tanja:** Mehr Beschäftigung durch Europa? Umsetzung der europäischen Beschäftigungsstrategie in Ostdeutschland, August 2001
97. **Behrens, Martin/Fichter, Michael/Frege, Carola M.:** Unions in Germany Searching to Regain the Initiative – Project Report for the Hans-Böckler-Stiftung Projekt Nr. 2000-250-2, August 2001
98. **Truger, Achim:** Fiskalpolitik in der Europäischen Wirtschafts- und Währungsunion, September 2001

99. **Bieling, Hans-Jürgen/Schulten, Thorsten:** Competitive Restructuring and Industrial Relations within the European Union: Corporatist Involvement and Beyond?, November 2001
100. **Bartsch, Klaus/Hein, Eckhard/Truger, Achim:** Zur Interdependenz von Geld- und Lohnpolitik: Makroökonomische Ex-post und Ex-ante Simulationen verschiedener Szenarien für die Bundesrepublik Deutschland, November 2001
101. **Schulten, Thorsten:** Europeanisation of Collective Bargaining – An Overview on Trade Union Initiatives for a Transnational Coordination of Collective Bargaining Policy, Mai 2001
102. **Hein, Eckhard:** Money, Interest, and Capital Accumulation in Karl Marx's Economics: A Monetary Interpretation, Juni 2002
103. **Hein, Eckhard:** Monetary Policy and Wage Bargaining in the EMU: Restrictive ECB policies, high unemployment, nominal wage restraint and rising inflation, Juni 2002
104. **Ziegler, Astrid:** Technologiepolitik in Nordrhein-Westfalen, September 2002
105. **Berger, Christiane:** Technologie- und Innovationspolitik in Bayern, September 2002
106. **Riedel, Jürgen:** Technologie- und Innovationspolitik in Sachsen, September 2002
107. **Hein, Eckhard/Truger, Achim:** European Monetary Union: Nominal Convergence, Real Divergence and Slow Growth?, September 2002
108. **Bartsch, Klaus:** Das makroökonomische Deutschlandmodell LAPROSIM QD 8.3 E. Eine Übersicht über zentrale Gleichungsspezifikationen und Grundzüge des Modellverhaltens, November 2002
109. **Trautwein-Kalms, Gudrun** (Redaktion): Arbeits- und Leistungsbedingungen im IT-Bereich, Fachtagung am 7. März 2002 in Bonn im Rahmen des BMBF-Projekts: Dienst-Leistung(s)-Arbeit, Tagungsdokumentation, Januar 2003
110. **Sitte, Ralf:** Soziale Sicherung unter Rot-Grün – Zur Entwicklung von Sozialpolitik und Sozialbudget seit 1998, Januar 2003
111. **Josten, Stefan Dietrich/Truger Achim:** The Political Economy of Growth and Distribution. *A Theoretical Critique*, März 2003
112. **Ahlers, Elke:** Arbeitsbedingungen, Leistungsdruck, Gesundheit am Arbeitsplatz März 2003
113. **Hein, Eckhard:** Die NAIRU – eine post-keynesianische Interpretation, März 2003
114. **Ziegler, Astrid:** Synopse wichtiger Positionen zur Reformdebatte der Europäischen Strukturpolitik nach 2006, April 2003
115. **Tangian, Andranik:** An Econometric decision model for equalizing regional unemployment in West and East Germany, July 2003
116. **Ziegler, Astrid:** Die europäische Strukturpolitik nach 2006 – Anforderungen an ein neues Konzept der europäischen Strukturfonds im Zeitraum 2007-2013, August 2003
117. **Bäcker, Gerhard/Koch Angelika:** Mini- und Midi-Jobs als Niedrigeinkommensstrategie in der Arbeitsmarktpolitik. „Erfolgsstory“ oder Festschreibung des geschlechtsspezifisch segregierten Arbeitsmarktes?, August 2003
118. **Truger, Achim:** Germany's Poor Economic Performance in the Last Decade: It's the Macroeconomy, not Institutional Sclerosis, September 2003
119. **Tangian, Andranik S.:** Optimizing German regional policy-2004: A study based on empirical data from 1994 to 2001, December 2003
120. **Truger, Achim:** Verteilungs- und beschäftigungspolitische Risiken aktueller Steuerreformkonzepte: Eine Analyse mit Steuerbelastungsvergleichen für konkrete Haushaltstypen, Februar 2004

121. **Niechoj, Torsten:** Gewerkschaften und keynesianische Koordinierung in Europa. Chancen, Risiken und Umsetzungshürden, März 2004
122. **Tangian, Andranik, S.:** Defining the flexicurity index in application to European countries, April 2004
123. **Niechoj Torsten:** Fünf Jahre Makroökonomischer Dialog – Was wurde aus den ursprünglichen Intentionen?, April 2004
124. **Hein, Eckhard/Schulten, Thorsten/Truger, Achim:** Wage trends and deflation risks in Germany and Europe, Juni 2004
125. **Hein, Eckhard/ Truger, Achim:** Macroeconomic co-ordination as an economic policy concept – opportunities and obstacles in the EMU, Juni 2004
126. **Hein, Eckard/Niechoj, Torsten:** Leitlinien für ein dauerhaftes Wachstum in der EU?, Juli 2004
127. **Seifert, Hartmut:** Arbeitszeitpolitischer Modellwechsel: Von der Normalarbeitszeit zu kontrollierter Flexibilität, Juli 2004
128. **Hein, Eckhard/Schulten, Thorsten:** Unemployment, Wages and Collective Bargaining in the European Union, September 2004.
129. **Schulten, Thorsten:** Foundations and Perspectives of Trade Union Wage Policy in Europe, August 2004
130. **Seifert, Hartmut:** Flexibility through working time accounts: reconciling economic efficiency and individual time requirements, Juni 2004
131. **Tangian, Andranik, S.:** Liberal and trade-Unionist concepts of flexicurity: Modelling in application to 16 European Countries, October 2004
132. **Tangian, Andranik, S.:** Constructing the composite indicator “Quality of work” from the third European survey on working conditions, November 2004
133. **Hein Eckhard,** Interest rate, debt, distribution and capital accumulation in a post-Kaleckian model, Dezember 2004
134. **Bothfeld, Silke; Gronbach Sigrid; Seibel Kai:** Eigenverantwortung in der Arbeitsmarktpolitik: zwischen Handlungsautonomie und Zwangsmaßnahmen; Dezember 2004.
135. **Tangian, Andranik, S.:** A composite indicator of working conditions in the EU – 15 for policy monitoring an analytical purposes; März 2005 - englische Fassung -
Tangian, Andranik, S.: Ein zusammengesetzter Indikator der Arbeitsbedingungen in der EU-15 für Politik-Monitoring und analytische Zwecke; August 2005 - deutsche Übersetzung -
136. **Dribbusch, Heiner:** Trade Union Organising in Private Sector Services; April 2005
137. **Tangian, Andranik, S.:** Monitoring flexicurity policies in the EU with dedicated composite indicators; Juni 2005
138. **Tangian, Andranik, S.:** Composite indicator of German regional policy and its use for optimizing subsidies to regional labour markets, Juli 2005
139. **Tangian, Andranik, S.:** Bundestagswahl 2005: Ergebnisse im Spiegel der Parteiprogramme, September 2005 – deutsche Fassung -
Tangian, Andranik, S.: German parliamentary elections 2005 in the mirror of party manifestos, January 2006 - englische Übersetzung -
140. **Ellguth, Peter/Kirsch, Johannes/Ziegler, Astrid:** Einflussfaktoren der öffentlichen Förderung in Ostdeutschland – eine Auswertung des IAB-Betriebspanels -, November 2005
141. **Tangian, Andranik, S.:** European welfare state under the policy „make work pay“: Analysis with composite indicators, Dezember 2005

142. **Brandt, Torsten:** Mini- und Midijobs im Kontext aktivierender Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik, Dezember 2005
143. **Seifert, Hartmut/Tangian, Andranik:** Globalization and deregulation: Does flexicurity protect atypically employed?, März 2006
144. **Ziegler, Astrid:** Zur Vorbereitung auf die neue Förderphase der Europäischen Strukturfonds – Synopse zu den zentralen Ergebnissen der Aktualisierungsberichte zur Halbzeitbewertung der OP in Ostdeutschland -, März 2006
Ziegler, Astrid: Preparing for the European Structural Funds' next funding period – Synopsis of the central findings of the updates of the mid-term evaluation of the Operational Programmes in East Germany -, März 2006 - englische Übersetzung –
145. **Tangian, Andranik, S.:** Monitoring flexicurity policies in Europe from three different viewpoints, Juni 2006
146. **Leiber, Simone/Zwiener, Rudolf:** Zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale: Vorschläge für eine tragfähige Kompromisslösung, Juni 2006
147. **Frericks, Patricia/Maier, Robert:** Rentenreformen und ArbeitnehmerInnenrechte im EU-Vergleich - Zwischen Eigenverantwortung und Solidarität -, August 2006
148. **Tangian, Andranik, S.:** European flexicurity: concepts (operational definitions), methodology (monitoring instruments), and policies (consistent implementations), Oktober 2006
149. **Tangian, Andranik, S.:** Flexibility-Flexicurity-Flexinsurance: Response to the European Commission's Green Paper: "Modernising Labour Law to Meet the Challenges of the 21st Century", January 2007
150. **Bispinck, Reinhard:** Löhne, Tarifverhandlungen und Tarifsysteem in Deutschland 1995 – 2005, Januar 2007
151. **Ahlers, Elke/Oez, Fikret/Ziegler, Astrid:** Company Relocation: The Consequences for Employees – An Analysis of the WSI Works Council Survey - , März 2007
152. **Bothfeld, Silke:** Labour Market Institutions in Germany: Current Status and Ongoing Reforms, April 2007
153. **Tangian, Andranik, S.:** Is flexible work precarious? A study based on the 4th European survey of working conditions 2005, June 2007
154. **Seifert, Hartmut/Tangian, Andranik, S.:** Flexibility: Reconciling Social Security with Flexibility - Empirical Findings for Europe, August 2007
155. **Klenner, Christina/Schmidt, Tanja:** Beruf und Familie vereinbar? Auf familienfreundliche Arbeitszeiten und ein gutes Betriebsklima kommt es an, November 2007
156. **Brehmer, Wolfgang/Seifert, Hartmut:** Wie prekär sind atypische Beschäftigungsverhältnisse? Eine empirische Analyse, November 2007
157. **Tangian, Andranik, S.:** Is the work in Europe decent? A study based on the 4th European survey of working conditions 2005, Dezember 2007
158. **Klenner, Christina/Pfahl, Svenja:** Jenseits von Zeitnot und Karriereverzicht - Wege aus dem Arbeitszeitdilemma, Arbeitszeiten von Müttern, Vätern und Pflegenden, Januar 2008
159. **Tangian, Andranik, S.:** Towards Consistent Principles of Flexicurity, April 2008
160. **Tangian, Andranik, S.:** On the European Readiness for Flexicurity: Empirical Evidence with OECD/HBS Methodologies and Reform Proposals, April 2008
161. **Bothfeld, Silke/Ullmann, Karen:** The German Employment Protection Act - How does it work in company practice?, Juni 2008

162. **Ziegler, Astrid:** Standortverlagerung und Ausgliederung - Ausmaß, Struktur und Auswirkungen auf die Beschäftigten. Eine Auswertung auf Basis der WSI-Betriebsrätebefragung 2007, August 2008