

Gesundheit

Korrigierte Version

 **DIW BERLIN**

Bericht von Tomaso Duso, Peter Haan und Gert G. Wagner

Gesundheitsforschung am DIW Berlin 291

Bericht von Johannes Geyer und Erika Schulz

Who cares?
Die Bedeutung der informellen Pflege
durch Erwerbstätige in Deutschland 294

Bericht von Markus M. Grabka

Zahl privater Zusatzkrankenversicherungen
hat sich verdoppelt 302

Bericht von Hannes Ullrich

Verschreibungspflichtige Medikamente:
Marktorientierte Regulierung von Festbeträgen
wirkt kostendämmend 308

Interview mit Hannes Ullrich

»Zuzahlung bei verschreibungspflichtigen Medikamenten:
Dänisches System könnte Vorbild sein« 314

Am aktuellen Rand Kommentar von Claus Michelsen

Die Mietpreisbremse – Kunstfehler mit Langzeitfolgen? 316



DIW Berlin – Deutsches Institut
für Wirtschaftsforschung e.V.
Mohrenstraße 58, 10117 Berlin
T +49 30 897 89 -0
F +49 30 897 89 -200
81. Jahrgang
2. April 2014

Herausgeber

Prof. Dr. Pio Baake
Prof. Dr. Tomaso Duso
Dr. Ferdinand Fichtner
Prof. Marcel Fratzscher, Ph.D.
Prof. Dr. Peter Haan
Prof. Dr. Claudia Kemfert
Prof. Karsten Neuhoff, Ph.D.
Dr. Kati Schindler
Prof. Dr. Jürgen Schupp
Prof. Dr. C. Katharina Spieß
Prof. Dr. Gert G. Wagner

Chefredaktion

Sabine Fiedler
Dr. Kurt Geppert

Redaktion

Renate Bogdanovic
Sebastian Kollmann
Dr. Claudia Lambert
Dr. WolfPeter Schill

Lektorat

Dr. Jan Goebel
Jan Marcus
Dr. Katharina Wrohlich

Textdokumentation

Manfred Schmidt

Pressestelle

Renate Bogdanovic
Tel. +49-30-89789-249
presse@diw.de

Vertrieb

DIW Berlin Leserservice
Postfach 74
77649 Offenburg
leserservice@diw.de
Tel. (01806) 14 00 50 25
20 Cent pro Anruf
ISSN 0012-1304

Gestaltung

Edenspiekermann

Satz

eScriptum GmbH & Co KG, Berlin

Druck

USE gGmbH, Berlin

Nachdruck und sonstige Verbreitung –
auch auszugsweise – nur mit Quellen-
angabe und unter Zusendung eines
Belegexemplars an die Serviceabteilung
Kommunikation des DIW Berlin
(kundenservice@diw.de) zulässig.

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier.



Der DIW Wochenbericht wirft einen unabhängigen Blick auf die Wirtschaftsentwicklung in Deutschland und der Welt. Er richtet sich an die Medien sowie an Führungskräfte in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Wenn Sie sich für ein Abonnement interessieren, können Sie zwischen den folgenden Optionen wählen:

Standard-Abo: 179,90 Euro im Jahr (inkl. MwSt. und Versand).

Studenten-Abo: 49,90 Euro.

Probe-Abo: 14,90 Euro für sechs Hefte.

Bestellungen richten Sie bitte an leserservice@diw.de oder den DIW Berlin Leserservice, Postfach 74, 77649 Offenburg; Tel. (01806) 14 00 50 25, 20 Cent/Anruf aus dem dt. Festnetz, 60 Cent maximal/Anruf aus dem Mobilnetz. Abbestellungen von Abonnements spätestens sechs Wochen vor Laufzeitende

NEWSLETTER DES DIW BERLIN



Der DIW Newsletter liefert Ihnen wöchentlich auf Ihre Interessen zugeschnittene Informationen zu Forschungsergebnissen, Publikationen, Nachrichten und Veranstaltungen des Instituts: Wählen Sie bei der Anmeldung die Themen und Formate aus, die Sie interessieren. Ihre Auswahl können Sie jederzeit ändern, oder den Newsletter abbestellen. Nutzen Sie hierfür bitte den entsprechenden Link am Ende des Newsletters.

>> Hier Newsletter des DIW Berlin abonnieren: www.diw.de/newsletter

RÜCKBLLENDE: IM WOCHENBERICHT VOR 40 JAHREN

„Beschäftigtenzahl nimmt weiter ab

Beschäftigung und Arbeitnehmereinkommen in der Bundesrepublik Deutschland im vierten Quartal 1973

Die Lage am Arbeitsmarkt stand im vierten Quartal 1973 im Zeichen einer verstärkten Abkühlung. Zu den Rückwirkungen der restriktiven Wirtschaftspolitik trat die Befürchtung, das Angebot von Mineralölprodukten werde sich drastisch verknappen. Die Nachfrage nach Arbeitskräften ging erheblich zurück; die Zunahme der Arbeitslosenzahl, die schon seit Beginn des Jahres 1973 zu beobachten war, beschleunigte sich. Für ausländische Arbeitnehmer wurde von der Regierung ein Einstellungsstopp erlassen. Insgesamt führten diese Faktoren dazu, daß die Beschäftigtenzahl im vierten Quartal 1973 konjunkturell schrumpfte. Auf die Einkommensexpansion blieb die Lage am Arbeitsmarkt indes ohne Einfluß: Löhne und Gehälter stiegen schneller als zuvor. Die Bruttolohn- und -gehaltssumme übertraf ihr Vorjahrsniveau mit rund 13,5 vH stärker als in den vorangegangenen Quartalen.

Trotz der Einschränkungen des Arbeitsvolumens reduzierte sich der Produktivitätszuwachs. Zwangsläufige Folge war ein zunehmender Anstieg der gesamtwirtschaftlichen Lohnstückkosten. Sie erhöhten sich im Vorjahresvergleich um etwa 9 vH (im dritten Quartal + 7 vH). In der Industrie war der Lohnkostenanstieg mit 8 vH kaum geringer, die Beschleunigung im Jahresverlauf 1973 sogar gravierender als in der Gesamtwirtschaft.

aus dem Wochenbericht Nr. 14/74 vom 4. April 1974

Gesundheitsforschung am DIW Berlin

Von Tomaso Duso, Peter Haan und Gert G. Wagner

Das Gesundheitssystem und die verschiedenen Gesundheitsmärkte sind durch eine Vielfalt von Merkmalen gekennzeichnet, die ein hohes Maß an staatlicher Regulierung erforderlich machen. Allen Teilen der Bevölkerung Zugang zu Gesundheitsleistungen zu verschaffen und dies wirtschaftlich effizient und finanzierbar zu gestalten, stellt eine politische Herausforderung dar, die im Zug der demografischen Alterung der Gesellschaft noch größer werden wird. Damit gewinnt auch die wissenschaftliche Analyse und Evaluation von gesundheitspolitischen Maßnahmen an Bedeutung. Das DIW Berlin wird seine gesundheitsökonomische und gesundheitssoziologische Forschung daher weiter ausbauen. Im Mittelpunkt steht dabei die Analyse staatlicher Interventionen im Gesundheitsbereich. Darüber hinaus werden die mit Gesundheit und Krankheit verbundenen Lebenslagen untersucht.

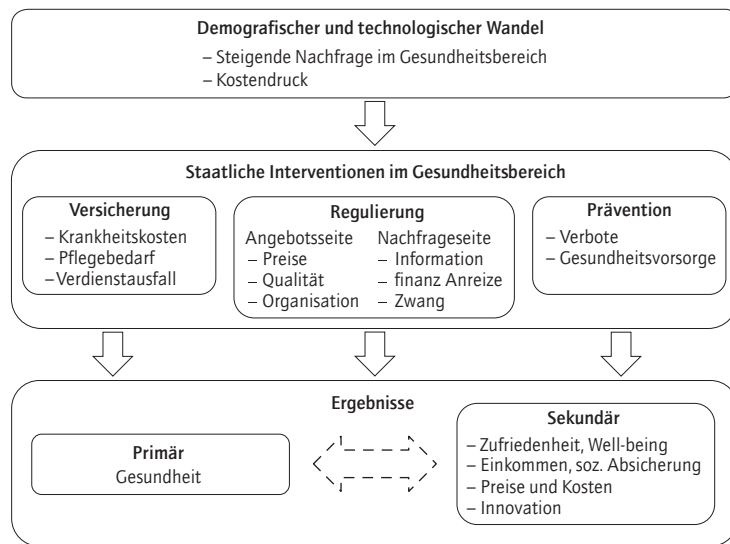
Gesundheit ist von zentraler Bedeutung für die Lebensqualität in einer Gesellschaft. Für ein umfassendes und qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem zu sorgen, ist daher eine wichtige Aufgabe der Politik. Es gilt Rahmenbedingungen zu schaffen, die das Zusammenwirken der vielen unterschiedlichen Akteure (gesunde Menschen, Patienten, Krankenkassen, Ärzte und Apotheker, Krankenhäuser und Pflegeheime, Arzneimittelindustrie) möglichst effizient gestalten und gleichzeitig sicherstellen, dass die Bevölkerung über die gesamte Einkommens- und Altersverteilung an der Gesundheitsversorgung und Prävention teilhaben kann.

In einem Gesundheitssystem mit universellem Versicherungsschutz, wie es in Deutschland und vielen anderen Ländern der Welt besteht, führen Informationsasymmetrien zwischen den Beteiligten zu Problemen wie *adverse selection* und *moral hazard*.¹ Gesundheitsmärkte sind durch eine Vielfalt von besonderen Merkmalen gekennzeichnet. Zum Beispiel spielen unvollständiger Wettbewerb, Eintrittsbarrieren, staatliches Eigentum und staatliche Eingriffe, etwa durch Preisregulierungen, Patentschutz, obligatorischen Pflege- und Krankenversicherungsschutz, in allen Teilmärkten eine zentrale Rolle. Schließlich müssen auch im Gesundheitswesen finanzielle Restriktionen berücksichtigt werden. Insofern ist es kaum verwunderlich, dass die Gesundheitspolitik eines der wichtigsten wirtschafts- und sozialpolitischen Themen in Deutschland ist. Seine Bedeutung wird mit der demografischen Alterung der Gesellschaft noch zunehmen. Eine dauerhafte und rigorose wissenschaftliche Analyse und Evaluation von gesundheitspolitischen Maßnahmen und Reformen ist daher erforderlich.

¹ *Adverse selection* liegt zum Beispiel vor, wenn Personen mit nicht vollständig überprüfbaren Gesundheitsrisiken Versicherer wählen, die umfangreichere Leistungen anbieten mit der Folge steigender Beiträge für eben diese Krankenversicherungen. *Moral hazard* beschreibt zum Beispiel die übermäßige Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, deren Kosten nicht individuell getragen werden müssen, sondern von Versicherungen übernommen werden.

Abbildung

Gesundheitsforschung am DIW Berlin



Quelle: Darstellung des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2014

Bereits in der Vergangenheit hat das DIW Berlin verschiedentlich zu gesundheitspolitischen Fragen Stellung genommen, so etwa zur Pflegeversicherung.² In jüngerer Zeit hat die gesundheitsökonomische Forschung am Institut stark an Bedeutung gewonnen, und sie soll in den nächsten Jahren weiter ausgebaut werden. Die besondere Stärke des DIW Berlin liegt dabei in der empirischen Fokussierung, die multidisziplinär moderne Evaluationsmethoden und theoretisch fundierte strukturelle Modelle mit detaillierten Mikrodatensätzen verbindet. Viele einige gesundheitsbezogene Analysen werden im DIW Berlin auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) durchgeführt, dessen Befragungsdaten mit medizinischen Diagnosedaten der Berliner Altersstudie II (BASE-II) vertieft werden können.³ Hinzu kommen Mikrodaten von IMS Health,

2 Vgl. zum Beispiel Kirner, E., Meinhardt, V., Wagner, G. G. (1991): Pflegebedürftigkeit in den Krankenversicherungen absichern. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 6/1991; Wagner, G. G. (1991): Die Absicherung bei Pflegebedürftigkeit wäre in den Krankenversicherungen optimal zu lösen. Die Krankenversicherung, 43, Heft 5, 139-141; Spieß, C. K., Wagner, G. G. (1993): Re-Regulierung des Marktes für Altenpflege erforderlich. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 31/1993; Breyer, F., Kifmann, M., Schulz, E. (2001): Risikostrukturausgleich am Scheideweg: Senkung der Wirtschaftlichkeitsanreize für die Krankenkassen sollte vermieden werden. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 14/2001; Grabka, M. M. (2006): Prämien in der PKV: deutlich stärkerer Anstieg als in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 46/2006; Schulz, E. (2012): Das deutsche Pflegesystem ist im EU-Vergleich unterdurchschnittlich finanziert. DIW Wochenbericht Nr. 13/2012; Kemptner, D., Markus, J. (2013): Bildung der Mütter kommt der Gesundheit ihrer Kinder zugute. DIW Wochenbericht Nr. 5/2013.

3 Bertram, L. et al. (2013): Cohort profile: The Berlin Aging Study II (BASE-II). International Journal of Epidemiology, doi: 10.1093/ije/dyt018.

Unternehmensverbänden und anderen Institutionen über Pharmamärkte sowie administrative Individualdaten aus Deutschland und Dänemark.

Ziel der Artikel in dieser Ausgabe des DIW Wochenberichts und in darauf folgenden Ausgaben ist es, wichtige Trends und Fragen im Gesundheitswesen zu analysieren und Politikoptionen aufzuzeigen. Die Beiträge beleuchten sehr unterschiedliche Aspekte des Gesundheitszustands der Bevölkerung, des Gesundheitswesens und von Gesundheitsmärkten. Ihre Einordnung in das Spektrum der aktuellen und zukünftigen Gesundheitsforschung am DIW Berlin wird durch die Abbildung verdeutlicht.

Die aktuelle Forschung des DIW Berlin im Bereich der Gesundheit und des Gesundheitswesens kann in drei Bereiche aufgeteilt werden: 1) Veränderungen im Gesundheitsbereich durch demografischen und technologischen Wandel, 2) Auswirkungen von staatlichen Interventionen im Gesundheitssektor und 3) Interdependenz zwischen individueller Gesundheit und wirtschaftlicher Stabilität, Kosten sowie Lebenslagen.

Diese Teilbereiche bauen aufeinander auf und bedingen sich gegenseitig. In einer alternden Gesellschaft steigt zum Beispiel die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen und Pflege. Die daraus resultierende Erhöhung der Gesundheitskosten kann zusätzliche staatliche Interventionen notwendig machen. Es ist also sehr wichtig zu erforschen, wie sich der demografische Wandel auf die Gesundheit und das Gesundheitswesen auswirken wird, sowohl auf der Nachfrageseite als auch auf der Angebotsseite.

In diesem Zusammenhang spielt die Pflege eine besondere Rolle. Sie basiert zu großen Teilen auf informellen Leistungen der nächsten Angehörigen der Pflegebedürftigen. Durch die demografische Alterung wird das informelle Pflegepotenzial indes abnehmen, und durch die steigende Erwerbstätigkeit von Frauen und Älteren wird die Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege an Bedeutung gewinnen. Mit diesem Thema beschäftigt sich der Beitrag von *Johannes Geyer* und *Erika Schulz* in dieser Ausgabe. Sie beschreiben die heutige Bedeutung der informellen Pflege von Personen im erwerbsfähigen Alter und diskutieren, ob es anhand der Daten Hinweise auf Vereinbarkeitsprobleme von Erwerbsarbeit und Pflege gibt.

Die Analyse von staatlichen Interventionen (Regulierung) im Gesundheitsbereich und deren Auswirkungen bildet den Schwerpunkt der gesundheitsökonomischen Forschung am DIW Berlin. Zum einen beziehen sich die Untersuchungen auf die Effekte der Sozialversicherungssysteme, vor allem der Gesundheits- und

Pflegeversicherung, auf die wirtschaftliche Stabilität von Individuen und Haushalten und auf mögliche Verhaltensreaktionen von Individuen bezüglich ihrer privaten Absicherung in Form von Arbeitsangebot oder Ersparnisbildung. *Markus Grabka* untersucht in seinem Beitrag die Entwicklung privater Zusatzversicherungen von Mitgliedern gesetzlicher Krankenversicherungen. Dabei zeigt sich, dass sich die Zahl der gesetzlich Krankenversicherten, die über eine ergänzende Zusatzversicherung verfügen, seit 2000 auf rund 13 Millionen mehr als verdoppelt hat. Zusatzversicherungen werden vor allem von Personen mit höheren Einkommen, einem höheren Bildungsabschluss oder einem guten Gesundheitszustand abgeschlossen.

Staatliche Regulierung spielt auch auf Arzneimittelmärkten eine große Rolle. Im DIW Berlin werden bestimmte Produktmärkte aus industrieökonomischer Perspektive untersucht. Diese Analysen zeigen Ineffizienzen im Gesundheitssystem auf und evaluieren spezielle Maßnahmen der Regulierungs- und Wettbewerbspolitik, die das System verbessern sollen. In seinem Beitrag diskutiert *Hannes Ullrich* eine Reform der Zuzahlungsregulierung in Dänemark, die starke Anreize zur Substitution von teuren Originalpräparaten durch günstigere Generika schafft. Somit wird der Preiswettbewerb durch eine marktorientierte Regulierung verschärft, die zu bedeutenden Einsparungen für Patienten und das Gesundheitswesen führt.

Tomaso Duso ist Leiter der Abteilung Unternehmen und Märkte am DIW Berlin | tduso@diw.de

Peter Haan ist Leiter der Abteilung Staat am DIW Berlin | phaan@diw.de

Wirtschaftliche Veränderungen können die individuelle Gesundheit beeinflussen. Insbesondere kann Arbeitslosigkeit und der damit verbundene Verdienstaufschlag zu einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen. Der Effekt der Arbeitslosigkeit ist besonders problematisch, da er auch die Gesundheit von Haushaltsmitgliedern tangiert, die selbst nicht direkt von Arbeitslosigkeit betroffen sind. Dieses Problem greift ein Beitrag in einer der nächsten Ausgaben des Wochenberichts auf.

Schließlich kann der Staat durch Präventionen, Bildung und Vorschriften in das Gesundheitsverhalten der Menschen, das Gesundheitswesen und in Gesundheitsmärkte eingreifen. Von zentraler Bedeutung sind Interventionen schon im frühkindlichen Bereich, da diese zu langfristigen positiven Effekten führen können. So zeigt eine Studie, die ebenfalls als DIW Wochenbericht erscheinen wird, dass sich die Qualität der Kinderbetreuung positiv auf die Gesundheit im Kindesalter auswirkt.

Insgesamt geht es bei der Forschung des DIW Berlin zu Fragen des Gesundheitsverhaltens der Menschen, des Gesundheitswesens und der Gesundheitsmärkte zum einen um Effekte staatlicher Interventionen im Gesundheitsbereich auf die Gesundheit von Individuen (Primäreffekte). Darüber hinaus gilt es aber auch zu untersuchen, inwiefern solche Maßnahmen Auswirkungen auf die wirtschaftliche Stabilität und generell die Lebenslagen von Haushalten haben (Sekundäreffekte).

Gert G. Wagner ist Vorstandsmitglied des DIW Berlin | gwagner@diw.de

HEALTH ECONOMICS AT DIW BERLIN

Abstract: The health system and the various healthcare markets are characterized by a number of special features requiring a high degree of government regulation. Giving all sections of the population access to healthcare services, and doing this cost-effectively and affordably, is a political challenge that will become even more difficult as a result

of society's aging demographic. Consequently, the scientific analysis and evaluation of healthcare policy is becoming increasingly important. DIW Berlin will therefore further develop its economic and sociological research into health. It will focus on analyzing government intervention in the field of healthcare and how this affects the wellbeing of individuals.

JEL: I1, L13, L51

Keywords: Health economics at DIW Berlin, public health at DIW Berlin, BASE II, SOEP, DIW Berlin

Who cares?

Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland

Von Johannes Geyer und Erika Schulz

Die Tochter und der Sohn, die neben der Arbeit ihre Eltern pflegen oder sich um ihre nicht mehr mobile Nachbarin kümmern: Informelle Pfllegetätigkeiten sind eine zentrale Stütze des deutschen Pflegesystems – insbesondere angesichts der alternden Bevölkerung und des damit einhergehenden steigenden Pflegebedarfs. Zwischen fünf und sechs Prozent aller Erwachsenen leisten regelmäßig informelle Pflege, wie das DIW Berlin auf Grundlage von Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) für die Jahre 2001 bis 2012 berechnet hat. Rund 60 Prozent dieser Frauen und Männer sind im erwerbsfähigen Alter. Der Anteil der Erwerbstätigen an allen informell Pflegenden unter 65 Jahren ist von knapp 53 auf fast 66 Prozent gestiegen. Bei den Vollzeitbeschäftigten war der Anstieg stärker als bei den Teilzeitbeschäftigten, wenngleich Vollzeitbeschäftigte im Durchschnitt wesentlich seltener Pflege und Beruf kombinieren. Es stellt sich die Frage, wie Erwerbs- und Pfllegetätigkeit besser miteinander vereinbart werden können. Denn der Bedarf an (informeller) Pflege wird infolge des demografischen Wandels weiter steigen. Der vorliegende Bericht zeigt, dass informell Pflegenden allgemein und mit der sozialen Sicherung weniger zufrieden sind als Personen, die keine Pflege leisten. Allerdings geben die Daten an dieser Stelle keinen Hinweis darauf, dass eine gleichzeitige Erwerbstätigkeit diesen Effekt verstärkt.

Als „fünfte Säule“ der Sozialversicherung hat der Gesetzgeber die soziale Pflegeversicherung (SPV) vor 19 Jahren, am 1. April 1995, in Deutschland eingeführt.¹ Seitdem können Personen mit erheblichem dauerhaftem Pflegebedarf (§14 SGB XI) Leistungen der SPV beziehen. Diese werden in Abhängigkeit des Grades der Pflegebedürftigkeit gewährt (§15 SGB XI). Die SPV deckt das Pfllegerisiko der Anspruchsberechtigten aber nicht vollständig ab, sodass die Sozialversicherung bei stationärer Pflege durch eigene Zuzahlungen und bei ambulanter häuslicher Versorgung in erheblichem Ausmaß durch informelle Pflege ergänzt werden muss (§4 SGB XI).

Etwa zwei Drittel aller Leistungsbezieher werden zu Hause gepflegt. Hinzu kommt eine relativ große Zahl von Personen, die die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung nicht erfüllen, aber auf Pflege und Hilfe angewiesen sind. Sie werden in der Regel ebenfalls in den eigenen vier Wänden gepflegt und versorgt (Kasten). Informelle Pflege stellt daher eine zentrale Komponente im deutschen Pflegesystem dar.² Überwiegend leisten Menschen im erwerbsfähigen Alter informelle Pflege.

Die demografische Entwicklung ist auch für das Pflegesystem eine besondere Herausforderung: Der Anteil der Hochbetagten in Deutschland wird in den kommenden Jahren massiv steigen.³ Da das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit dem Alter zunimmt, ist künftig auch eine stetig wachsende Zahl an Pflegebedürftigen zu erwarten.

1 Bei den vier weiteren Säulen handelt es sich um die Kranken-, Unfall-, Renten- sowie die Arbeitslosenversicherung.

2 Die informelle Pflege in Deutschland hat auch im internationalen Vergleich eine relativ hohe Bedeutung. Vgl. Schulz, E.: Das deutsche Pflegesystem ist im EU-Vergleich unterdurchschnittlich finanziert. DIW Wochenbericht Nr. 13/2012.

3 Die Zahl der Personen ab 80 Jahren wird nach Vorausschätzungen des DIW Berlin bis 2025 von heute rund 4,3 Millionen auf knapp sieben Millionen steigen, bis 2050 sogar auf zwölf Millionen. Vgl. Schulz, E.: Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegen gewirkt werden. DIW Wochenbericht Nr.51+52/2012.

Kasten

Zur Bedeutung der informellen Pflege

Die Bedeutung der informellen Pflege im Gesamtsystem der Pflege lässt sich lediglich grob abschätzen. Einerseits fehlen Daten über den Umfang der Personen mit Pflege- und Hilfebedarf, andererseits sind nicht alle Personen mit gesundheitlichen und funktionellen Einschränkungen auf fremde Hilfe angewiesen. Die Art der nachgefragten Hilfe hängt neben dem Grad der Einschränkungen unter anderem auch von Art und Höhe der verfügbaren öffentlich finanzierten Leistungen, den familiären und häuslichen Gegebenheiten, aber auch von den persönlichen Bewältigungsstrategien ab.¹

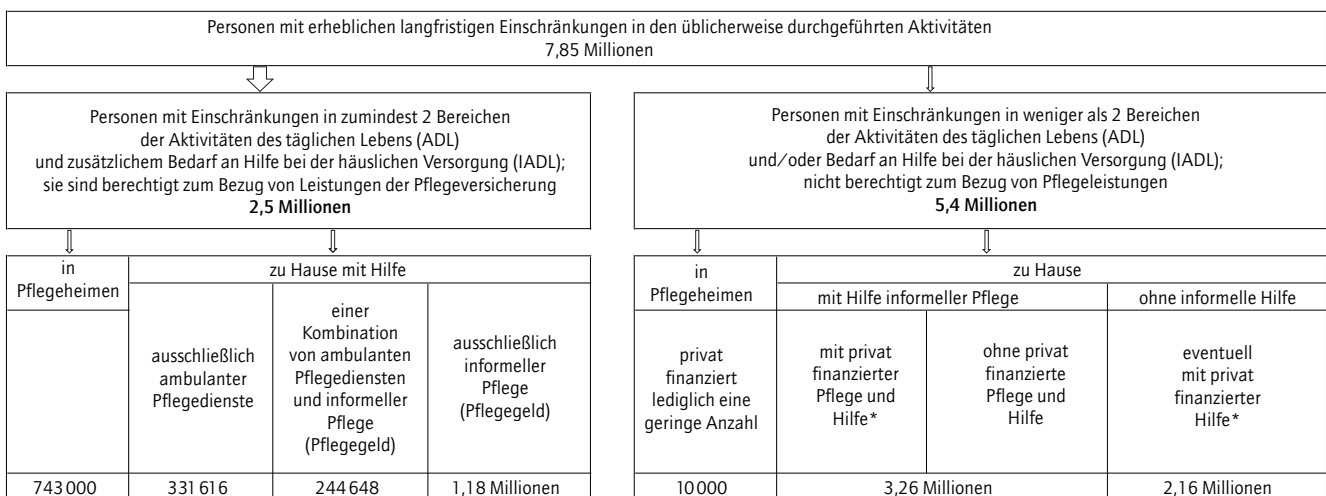
Nach dem Europäischen Haushaltspanel (EU SILC) gab es 2011 in Deutschland rund 7,9 Millionen Personen, die aufgrund gesundheitlicher Beschwerden langfristig erheblich in den üblicherweise durchgeführten Aktivitäten eingeschränkt waren.² Diese Personen sind zumeist auf Hilfe und Pflege angewiesen. Personen, die mindestens in zwei Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens für mindestens 45 Minuten am Tag und zusätzlich in der hauswirtschaftlichen Versorgung Hilfe benötigen (insgesamt mindestens 90 Minuten am Tag; erheblich Pflegebedürftige) können Leistungen der Pflegeversicherung beziehen.³ Im Jahr 2011 waren dies insgesamt 2,5 Millionen Personen, davon erhielten etwa 740 000 Personen Leistungen der vollstationären Pflege, 330 000 wurden ausschließlich durch ambulante Pflegedienste betreut, 245 000 erhielten sowohl Pflege durch ambulante Dienste als auch Pflegegeld

für selbst besorgte informelle Pflege, und rund 1,2 Millionen erhielten ausschließlich Geldleistungen für informelle Pflege.⁴

Personen mit Pflege- und Hilfebedarf, die nicht die Kriterien der Pflegeversicherung erfüllen, sind auf Pflege und Hilfe durch informelle Pflegekräfte, zumeist Familienangehörige, und/oder auf selbst finanzierte professionelle Hilfe und Pflege angewiesen. Gemäß den Ergebnissen von EU SILC handelt es sich dabei um 5,4 Millionen Personen.⁵ Nur ein sehr geringer Teil davon lebt in Pflegeheimen (etwa 10 000 Personen), da Pflegeheime fast ausschließlich Personen aufnehmen, die zumindest Pflegestufe I haben (und für die sie somit Leistungen der Pflegeversicherung erhalten). Ein Teil lebt in Apartments in sogenannten Seniorenresidenzen mit der Möglichkeit, selbst finanzierte Leistungen der ambulanten Pflege zu erhalten (rund 200 000 Personen). Der weit überwiegende Teil lebt also zu Hause und wird zumeist durch Familienangehörige betreut (mit oder ohne privat finanzierte Hilfe) oder kann sich noch selbst versorgen (eventuell mit Hilfe technischer Einrichtungen). Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) schätzt, dass in Deutschland im Jahr 2006 rund 3,26 Millionen Personen, die keine Leistungen der Pflegeversicherung bezogen, informelle Pflege und Hilfe erhielten.⁶ Damit dürften insgesamt rund 4,7 Millionen Personen informelle Pflege und Hilfe erhalten (einschließlich Pflegegeldempfänger).

1 Schulz, E.: Ageing, care need, and long-term care workforce in Germany. Supplement B to NEUJOBS working paper D12.2. www.neujobs.eu.
 2 Eurostat (2013): EU SILC. epp.eurostat.ec.europa.eu.
 3 Sozialgesetzbuch XI, Soziale Pflegeversicherung.

4 Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2011. www.destatis.de.
 5 Eurostat (2013), a. a. O.
 6 OECD (2013): Health for All database.



* Einschließlich privat finanzierte Leistungen ambulanter Pflegedienste in Seniorenresidenzen, insgesamt leben 200 000 Personen in solchen Apartments.
 Quelle: EU SILC; Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes; OECD 2013; Berechnungen des DIW Berlin.

teten.⁴ Auf der einen Seite kommen auf pflegende Personen im erwerbsfähigen Alter also in zunehmendem Maße Pflegeleistungen zu. Auf der anderen Seite sollen sie – durch stärkere Erwerbsbeteiligung und mehr Arbeitsstunden – den demografischen Wandel und den mit ihm einhergehenden Rückgang der Erwerbsbevölkerung abmildern. Die von der Politik zuletzt verstärkt beachtete Frage der Vereinbarkeit von informeller Pflege und Erwerbstätigkeit dürfte daher weiter an Bedeutung gewinnen.⁵

Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass pflegende Angehörige besonderen Belastungen ausgesetzt sind; dies trifft insbesondere auf Erwerbstätige zu.⁶ Der vorliegende Bericht zeigt anhand von Befragungsdaten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), einer multidisziplinären Langzeitstudie mit rund 30.000 Befragten in 15.000 Haushalten, wie sich die Gruppe der informell Pflegenden im erwerbsfähigen Alter zusammensetzt und ob sich diese in den Jahren 2001 bis 2012 verändert hat.⁷ Der Fokus liegt dabei auf Personen, die Pflege leisten *und* erwerbstätig sind.⁸ Anhand eines multivariaten Modells wird getestet, ob sich durch die Aufnahme einer informellen Pflegeleistung die allgemeine Lebenszufriedenheit und die Zufriedenheit mit der sozialen Sicherung ändern.

4 Vgl. Schulz, E.: Zahl der Pflegefälle wird deutlich steigen. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 47/2008.

5 Mit dem Pflegezeitgesetz hat der Gesetzgeber bereits 2008 eine Regelung geschaffen, die Erwerbstätigen die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf erleichtern soll. Es wurde zum 1. Januar 2012 durch das Familienpflegezeitgesetz ergänzt. Beschäftigte können danach eine *Familienpflegezeit* von bis zu zwei Jahren beantragen und ihre Arbeitsstunden in diesem Zeitraum reduzieren, um häusliche Pflege zu leisten. Bisher ist die Inanspruchnahme aber hinter den Erwartungen zurückgeblieben (Bundestagsdrucksache 17/12330).

6 Beispielsweise gaben ungefähr 50 Prozent aller Hauptpflegepersonen, die zum Zeitpunkt des Eintritts des Pflegefalls erwerbstätig waren, 2010 an, ihre Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflege entweder eingeschränkt oder ganz aufzugeben zu haben, vgl. Schmidt, M., Schneekloth, U. (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Berlin. Entsprechende Hinweise liefern auch repräsentative Umfragen. So gaben 2010 rund 86 Prozent der pflegenden Angehörigen an, Pflege und Beruf lassen sich nicht gut miteinander vereinbaren. Fast 100 Prozent halten es für wichtig, dass die Politik Maßnahmen für die bessere Vereinbarkeit ergreift, vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (2010): Monitor Familienleben. Einstellungen und Lebensverhältnisse von Familien Ergebnisse einer Repräsentativbefragung – Berichtsband.

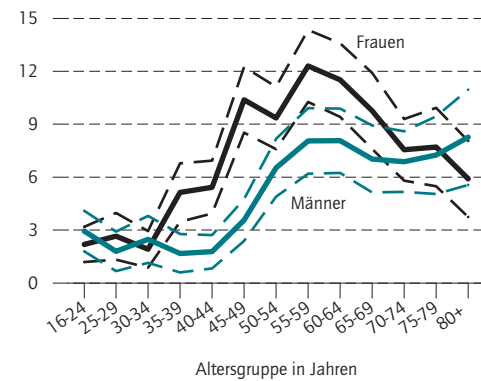
7 Das SOEP basiert auf der wiederholten Befragung einer repräsentativen Stichprobe privater Haushalte in Deutschland und wird seit 1984 durchgeführt. Weiterführende Informationen finden sich unter www.diw.de/soep und in Wagner, G. G., Göbel, J., Krause, P., Pischner, S., Sieber, I. (2008): Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP): Multidisziplinäres Haushaltspanel und Kohortenstudie für Deutschland – eine Einführung (für neue Datennutzer) mit einem Ausblick (für erfahrene Anwender). *ASTA Wirtschafts- und Sozialstatistisches Archiv* Bd. 2, Heft 4, 301–328.

8 Eine frühere Untersuchung der informell Pflegenden anhand der SOEP-Daten findet sich in Schupp, J., Künemund, H. (2004): Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 20/2004.

Abbildung 1

Pflegeleistende nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2012

Anteile in Prozent



Quellen: SOEPv29; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2014

Die Anteile Pflegeleistender sind in den mittleren Altersgruppen besonders hoch.

Personen im erwerbsfähigen Alter leisten besonders häufig Pflege

Vier Prozent der Männer und sieben Prozent der Frauen zwischen 16 und 64 Jahren kümmerten sich im Jahr 2012 mindestens eine Stunde pro Werktag um pflegebedürftige Personen (Tabelle 1).⁹ Das entspricht ungefähr 60 Prozent aller pflegenden Personen oder rund 2,5 Millionen der insgesamt vier Millionen informell Pflegenden. Der Anteil der informell Pflegenden unter den Personen im erwerbsfähigen Alter steigt mit dem Alter und ist in den älteren Erwerbsjahren besonders hoch (Abbildung 1). Bei den 55- bis 64-jährigen Frauen liegt er bei ungefähr zwölf Prozent, bei den gleichaltrigen Männern bei rund acht Prozent.

Das SOEP erhebt jährlich Informationen über informelle Pflegeleistungen an Werktagen und alle zwei Jahre zudem, ob die Befragten auch an Wochenenden informelle Pflege leisten. Zwar dürfte der Pflegebedarf einer Per-

9 Der genaue Wortlaut der Frage, die seit dem Jahr 2001 erhoben wird, ist: „Wie viele Stunden pro Tag entfallen bei Ihnen an einem durchschnittlichen Werktag auf die folgenden Tätigkeiten – Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen?“ Die Frage differenziert nicht zwischen Pflegeleistungen für Personen, die Ansprüche auf Leistungen der SPV haben und anderen. Damit unterscheidet sich die vorliegende Untersuchung auch von der Mehrzahl anderer Studien in diesem Bereich, da diese in der Regel nur auf die sogenannte *Hauptpflegeperson* abstellen. Hier wird diese Unterscheidung nicht getroffen. Tatsächlich zeigen beispielsweise Schmidt, M., Schneekloth, U. (2012), a. a. O., dass ungefähr zwei Drittel aller Pflegebedürftigen, die Leistungen der SPV beziehen, regelmäßig von mehr als einer Person gepflegt werden.

Tabelle 1

Pflegeleistende und durchschnittlicher Pflegeumfang der erwerbsfähigen Bevölkerung nach sozio-demografischen Merkmalen

| | Anteile an der Bevölkerung ¹ in Prozent | | | | | | Geleistete Stunden | | | | | |
|---------------------------------|--|---------|---------|-----------|----------------------|----------------------|--------------------|---------|---------|-----------|----------------------|----------------------|
| | 2001 | | | 2012/2011 | | | 2001 | | | 2012/2011 | | |
| | Werktag | Samstag | Sonntag | Werktag | Samstag ² | Sonntag ² | Werktag | Samstag | Sonntag | Werktag | Samstag ² | Sonntag ² |
| Alle Personen ¹ | 4,6 | 4,5 | 4,3 | 5,6 | 4,9 | 4,6 | 3,0 | 3,4 | 3,5 | 2,6 | 3,2 | 3,2 |
| 16 bis 39 Jahre | 2,2 | 2,2 | 2,1 | 2,6 | 2,1 | 2,3 | 3,6 | 4,2 | 4,3 | 3,3 | 4,6 | 4,5 |
| 40 bis 54 Jahre | 5,3 | 5,6 | 5,2 | 6,3 | 5,7 | 5,3 | 2,8 | 3,2 | 3,4 | 2,4 | 3,1 | 3,2 |
| 55 bis 64 Jahre | 8,9 | 8,0 | 7,9 | 10,0 | 8,8 | 7,9 | 2,9 | 3,2 | 3,1 | 2,4 | 2,8 | 2,8 |
| Männer | 3,0 | 3,1 | 3,0 | 4,2 | 3,7 | 3,8 | 2,4 | 2,7 | 2,7 | 2,1 | 2,7 | 2,7 |
| Frauen | 6,2 | 5,9 | 5,6 | 6,9 | 5,9 | 5,4 | 3,3 | 3,7 | 3,9 | 2,8 | 3,4 | 3,5 |
| Erwerbstätig | 3,5 | 3,8 | 3,5 | 4,9 | 4,7 | 4,4 | 2,4 | 3,2 | 3,1 | 2,0 | 2,4 | 2,5 |
| Vollzeit erwerbstätig | 2,8 | 3,3 | 3,2 | 4,0 | 4,3 | 4,1 | 2,1 | 2,7 | 2,6 | 1,7 | 2,3 | 2,3 |
| Teilzeit erwerbstätig | 6,2 | 6,5 | 6,0 | 7,5 | 6,6 | 5,9 | 3,1 | 3,8 | 4,3 | 2,1 | 2,6 | 2,7 |
| Geringfügige Beschäftigung | 6,1 | 4,4 | 3,7 | 7,6 | 6,1 | 5,3 | 3,8 | 4,6 | 4,6 | 2,8 | 2,9 | 2,8 |
| Nicht erwerbstätig ¹ | 5,7 | 4,8 | 4,8 | 7,1 | 5,0 | 4,9 | 3,7 | 3,9 | 3,9 | 3,5 | 5,0 | 5,0 |
| Verrentet ¹ | 11,2 | 9,5 | 9,2 | 9,7 | 7,2 | 6,0 | 3,2 | 3,4 | 3,3 | 4,4 | 3,9 | 3,7 |

1 Im Alter zwischen 16 und 64 Jahren. Die Werte sind gewichtet.
2 Angaben für 2011.

Quellen: SOEPv29; Berechnungen des DIW Berlin.

Die Pflegebeteiligung der Männer ist geringer als die der Frauen, der Anstieg zwischen 2001 und 2012 war aber größer.

son an Werk- und Wochenentagen ähnlich hoch sein, dennoch erscheint es plausibel, dass gerade Personen im erwerbsfähigen Alter am Wochenende mehr freie Zeit haben und eher Pflege Tätigkeiten übernehmen können. Die Ergebnisse des SOEP bestätigen das: Während informell Pflegende am Wochenende zu etwa gleich hohen Anteilen Pflegebedürftige versorgen wie an Werktagen, wenden sie an Samstagen und Sonntagen durchschnittlich mehr Zeit dafür auf. 2012 lag die durchschnittliche Pflegezeit an einem Werktag bei 2,6 Stunden, am Wochenende bei 3,2 Stunden. Bei den Erwerbstätigen deutet sich an, dass der Umfang der Pflegetätigkeit mit dem Umfang der Erwerbsarbeit abnimmt. 2012 leisteten geringfügig Beschäftigte durchschnittlich 2,8 Stunden Pflege, Teilzeitbeschäftigte 2,1 Stunden und Vollzeitbeschäftigte lediglich 1,7 Stunden.¹⁰

Erwerbsquoten Pflegeleistender steigen

Die durchgehend hohe Pflegebeteiligung lässt darauf schließen, dass informelle Pflege vielfach ungeachtet der Doppelbelastung durch Beruf und Pflege geleistet wird. Im Jahr 2012 gab es im Vergleich zu 2001

einen leichten Zuwachs der Anteile informell Pflegenden. Gleichzeitig ist deren Erwerbsquote gestiegen, insbesondere bei Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren, die nicht zuletzt durch die Abschaffung von Frühverrentungsoptionen häufiger erwerbstätig sind. Das gilt vor allem für Frauen, die die Hauptlast der informellen Pflege tragen. Die Erwerbsquote weiblicher Pflegeleistender ist stark gestiegen, von gut 37 auf 61 Prozent; bei den Männern stieg der Anteil von knapp 46 auf 67 Prozent (Abbildung 2). Im Vergleich dazu ist die durchschnittliche Erwerbsquote der 50- bis 64-jährigen Frauen, die keine Pflege leisten, von 48 auf 66 Prozent gestiegen und die der nicht pflegenden Männer von etwa 65 auf 75 Prozent. Im Mittelwert war die Erwerbsquote pflegenden Personen im Vergleich zu nicht pflegenden Personen zwar niedriger, gleichwohl war diese Differenz in den meisten Jahren statistisch nicht signifikant.

Sowohl der Anteil der erwerbsfähigen Personen, die informelle Pflege leisten, als auch der Umfang der Pflege hängen wesentlich von der geleisteten Arbeitszeit ab. So gaben 2001 von den Vollzeitbeschäftigten nur knapp drei Prozent an, informelle Pflege zu leisten. Obwohl ihr Anteil bis 2012 auf vier Prozent gestiegen ist, lag er nach wie vor signifikant unter dem der Teilzeit- (7,5 Prozent) und geringfügig Beschäftigten (7,6 Prozent).

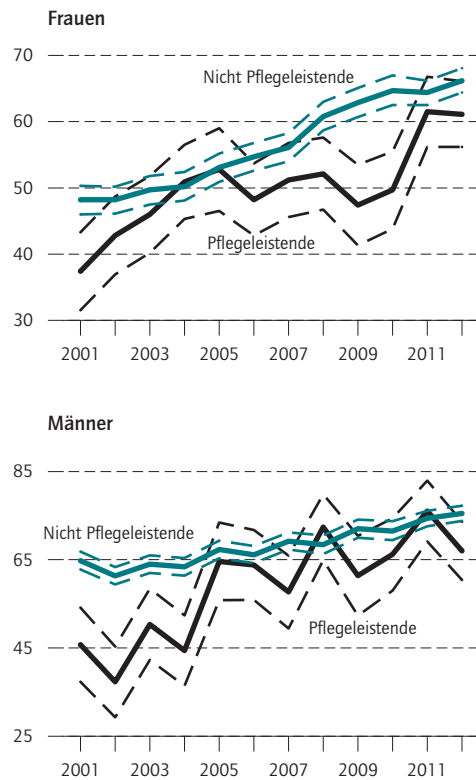
Der Anteil Vollzeitbeschäftigter an allen Pflegeleistenden hat von knapp 31 Prozent im Jahr 2001 auf fast 38 Prozent im Jahr 2012 zugenommen, blieb aber deut-

10 Aufgrund der Simultanität der Entscheidung über Arbeits- und Pflegezeit einer Person ist die Frage der Kausalität offen: Leistet die Person in größerem Umfang Pflege, weil sie schon zuvor teilzeitbeschäftigt war, oder hat sie zugunsten einer höheren Pflegezeit die Arbeitszeit reduziert? Meng, A. (2013): Informal home care and labor-force participation of household members. Empirical Economics 44(2): 959-79, schätzt mit Daten des SOEP einen relativ geringen (kausalen) Effekt der Pflegezeit auf die Arbeitsstunden.

Abbildung 2

Erwerbsquoten von 50- bis 64-jährigen Pflegeleistenden nach dem Geschlecht

In Prozent



Quellen: SOEPv29; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2014

Die Erwerbsbeteiligung Pflegeleistender steigt.

lich hinter dem Anteil der Vollzeitbeschäftigten an der gesamten erwerbsfähigen Bevölkerung in Höhe von 51 Prozent zurück (Tabelle 2). Die Anteile der Pflege leistenden Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten sind ebenfalls gestiegen (von gut 15 auf über 19 Prozent beziehungsweise von gut fünf auf acht Prozent) und lagen sogar höher als der jeweilige Anteil an der erwerbsfähigen Gesamtbevölkerung (14 beziehungsweise sechs Prozent). Trotz des Anstiegs der Erwerbsquoten betrug der durchschnittliche Pflegeumfang nahezu unverändert knapp drei Stunden pro Tag.

Pflegebedürftige und Pflegenden leben häufig nicht im gleichen Haushalt

Bisher wurde im vorliegenden Bericht nicht unterschieden zwischen Personen, die außerhalb des eigenen Haushalts Pflege leisten und Personen, die mit dem oder der Pflegebedürftigen in einem Haushalt leben (im Folgen-

den Pflegehaushalte). Im zweiten Fall dürfte sich Pflege und Erwerbstätigkeit besser miteinander vereinbaren lassen. Meistens sind es die Partner, die im gleichen Haushalt gepflegt werden. Hier ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die Pflegeleistenden bereits älter sind und es eine Überschneidung mit den letzten Erwerbsjahren gibt.¹¹ Bei den Personen, die außerhalb ihres Haushalts Pflege leisten, ist es wahrscheinlich, dass es sich um nächste Angehörige – insbesondere Töchter und Schwiegertöchter, aber auch Söhne und Schwiegersöhne – handelt. Da diese Personen jünger sind, ist es wahrscheinlich, dass das Problem der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf für einen längeren Zeitraum besteht.

Die SOEP-Daten zeigen, dass ein großer Teil der Pflegeleistenden im erwerbsfähigen Alter nicht in einem Pflegehaushalt lebt. Nur bei rund 31 Prozent war das im Jahr 2001 der Fall, im Jahr 2012 lag der Anteil mit rund 23 Prozent sogar noch merklich niedriger (Tabelle 2).¹²

Das Durchschnittsalter derjenigen, die außerhalb ihres eigenen Haushalts Pflege leisten, ist nur geringfügig niedriger als in Pflegehaushalten. Im Jahr 2001 lag es mit 48 Jahren gut ein Jahr niedriger. Bis 2012 stieg das Durchschnittsalter in beiden Gruppen etwas an. Der Anteil weiblicher Pflegepersonen innerhalb der Pflegehaushalte ist von gut 57 Prozent im Jahr 2001 auf 64 Prozent im Jahr 2012 gestiegen. Außerhalb der Pflegehaushalte ist ihr Anteil von ungefähr 70 auf 63 Prozent zurückgegangen. Dies spricht aber immer noch für ein hohes Pflegeengagement von Frauen für Personen außerhalb des eigenen Haushalts. Der Anteil der männlichen Pflegepersonen, die sich außerhalb des eigenen Haushalts um Bedürftige kümmern, liegt weitaus niedriger (36 Prozent im Jahr 2012), ist aber ausgehend von 29 Prozent im Jahr 2001 deutlich gestiegen.

Die Entwicklung der Anteile Pflege leistender Personen innerhalb und außerhalb von Pflegehaushalten unterscheidet sich nach dem Erwerbsstatus: In beiden Gruppen ist die Erwerbsquote gestiegen, allerdings gilt dies für Pflegepersonen in Pflegehaushalten nur, weil ein Rückgang der Vollzeiterwerbsquote von 34 auf 28 Prozent durch eine Zunahme des Anteils der Teilzeitbeschäftigten (von elf auf gut 23 Prozent) überkompensiert wurde. Für Pflegepersonen außerhalb von Pflegehaushalten ergibt sich ein anderes Bild: Bei ihnen ist insbesondere die Vollzeiterwerbstätigkeit gestiegen, von gut

¹¹ Wobei es Hinweise dafür gibt, dass die Rentenzugangsentscheidung von der Pflegetätigkeit beeinflusst wird. Frauen reagieren dabei bezüglich des Rentenzugangs stärker als Männer, vgl. Meng, A. (2012): Informal Caregiving and the Retirement Decision. German Economic Review 13(3): 307-30.

¹² Leider liegen keine genauen Daten zur Frage vor, welche Person genau gepflegt wird und wie viele pflegende Personen es gibt, wenn die Pflege außerhalb des eigenen Haushalts geleistet wird.

Tabelle 2

Pflegeleistende im erwerbsfähigen Alter und durchschnittlicher Umfang der Pflege

Anteile in Prozent

| | Alle Pflegeleistenden | | Pflegeleistende mit pflegebedürftiger Person im Haushalt | | Sonstige Pflegeleistende | | Nachrichtlich: Bevölkerungsdurchschnitt ¹ | |
|--------------------------------------|-----------------------|------|--|------|--------------------------|------|--|------|
| | 2001 | 2012 | 2001 | 2012 | 2001 | 2012 | 2001 | 2012 |
| Alle erwerbsfähigen Pflegeleistenden | 100 | 100 | 31,1 | 22,7 | 68,9 | 77,3 | - | - |
| Alter in Jahren | 48,9 | 48,9 | 48,0 | 48,5 | 49,3 | 49,0 | 41,4 | 41,9 |
| Männer | 33,4 | 36,1 | 42,5 | 35,5 | 29,3 | 36,3 | 50,3 | 48,5 |
| Frauen | 66,6 | 63,9 | 57,5 | 64,5 | 70,7 | 63,7 | 49,7 | 51,5 |
| Pflegeumfang in Stunden pro Werktag | 2,7 | 2,6 | 3,7 | 5,0 | 2,3 | 1,9 | - | - |
| Vollzeit erwerbstätig | 30,9 | 37,6 | 33,9 | 28,4 | 29,6 | 40,3 | 50,5 | 51,0 |
| Teilzeit erwerbstätig | 15,5 | 19,3 | 11,0 | 23,6 | 17,5 | 18,0 | 11,5 | 14,1 |
| Geringfügige Beschäftigung | 5,4 | 8,0 | 5,9 | 7,7 | 5,2 | 8,1 | 4,0 | 6,2 |
| Nicht erwerbstätig | 27,8 | 25,6 | 29,1 | 30,9 | 27,2 | 24,0 | 22,4 | 20,6 |
| Verrentet | 19,5 | 8,7 | 19,1 | 9,1 | 19,6 | 8,6 | 8,2 | 5,3 |

¹ Im Alter zwischen 16 und 64 Jahren. Die Werte sind gewichtet.

Quellen: SOEPv29, gewichtet; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2014

Der Anteil der außerhalb pflegenden Männer nimmt zu, während er in Pflegehaushalten sinkt.

29 auf über 40 Prozent, und auch die geringfügige Beschäftigung hat zugenommen.

Ein weiterer Unterschied zwischen Pflegepersonen aus Pflegehaushalten und sonstigen Pflegepersonen ist der Umfang der Pflege. Lebt die oder der Pflegebedürftige in einem Haushalt mit der pflegenden Person, leistete diese im Jahr 2001 je Werktag durchschnittlich knapp vier Stunden Pflege; im Jahr 2012 lag dieser Wert bereits bei fünf Stunden. Personen, die Bedürftige in anderen Haushalten pflegen, gaben für die Jahre 2001 und 2012 jeweils ungefähr zwei Stunden Pflege an. Dieser Unterschied zeigt sich auch bei einer weiteren Differenzierung nach dem Pflegeumfang: Mehr als die Hälfte der Pflegenden aus Pflegehaushalten hat einen Zeitaufwand von drei oder mehr Stunden pro Werktag, bei sonstigen Pflegepersonen liegt der Anteil nur bei knapp 19 Prozent (Tabelle 3).

Pflegertätigkeit verringert Zufriedenheit

Das SOEP erhebt auch Indikatoren zur Zufriedenheit. Damit kann untersucht werden, wie informell Pflegeleistende ihre allgemeine Lebenszufriedenheit beurteilen und ob die parallele Erwerbsarbeit ein Problem darstellt. Zusätzlich wurde die Frage ausgewertet, wie zufrieden die Personen mit der sozialen Sicherung sind.¹³

¹³ „Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens? Wie zufrieden sind Sie mit der Krankenversicherung, der Arbeitslosen-, der Renten- und der Pflegeversicherung in der Bundesrepublik, also mit dem, was man das Netz der sozialen Sicherung nennt?“

Tabelle 3

Pflegeumfang der Pflegeleistenden nach dem Erwerbsstatus

Anteile in Prozent

| Pflegeumfang in Stunden pro Werktag | 2001 | | | 2012 | | |
|--------------------------------------|------|------|------------|------|------|------------|
| | 1 | 2 | 3 und mehr | 1 | 2 | 3 und mehr |
| Alle erwerbsfähigen Pflegeleistenden | 44,9 | 21,3 | 33,8 | 53,1 | 19,1 | 27,8 |
| Pflegeperson in Pflegehaushalt | 26,9 | 22,9 | 50,2 | 28,9 | 13,6 | 57,5 |
| Sonstige Pflegeperson | 53,0 | 20,6 | 26,4 | 60,4 | 20,8 | 18,9 |
| Vollzeit erwerbstätig | 57,5 | 21,7 | 20,8 | 65,8 | 16,6 | 17,6 |
| Teilzeit erwerbstätig | 39,5 | 26,4 | 34,2 | 43,0 | 28,8 | 28,2 |
| Geringfügige Beschäftigung | 39,1 | 15,7 | 45,1 | 67,4 | 8,0 | 24,7 |
| Nicht erwerbstätig | 32,8 | 19,8 | 47,4 | 40,2 | 17,2 | 42,6 |
| Verrentet | 47,7 | 20,5 | 31,8 | 38,6 | 23,6 | 37,8 |

Quellen: SOEPv29, gewichtet; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2014

Der Pflegeumfang ist in Pflegehaushalten und bei nicht erwerbstätigen Pflegeleistenden am höchsten.

Die Lebenszufriedenheit erwerbstätiger Pflegepersonen ist in fast allen betrachteten Jahren (jeweils drei vor und nach Eintritt des Pflegefalls) höher als in der Vergleichsgruppe nicht Erwerbstätiger (Abbildung 3). In beiden Gruppen nimmt die Lebenszufriedenheit ab, auch schon vor der Aufnahme einer informellen Pflegertätigkeit. Ein möglicher Grund für dieses Muster ist, dass der Pflegefall bereits vor der in den SOEP-Daten beobachtbaren Aufnahme einer pflegerischen Tätigkeit aufgetreten ist oder sich zumindest abgezeich-

Tabelle 4

Fixed-Effects Regressionen¹ zur allgemeinen Lebenszufriedenheit und Zufriedenheit mit der sozialen Sicherung

| | Allgemeine Lebenszufriedenheit | | Zufriedenheit mit der sozialen Sicherung | |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------|--|---------------|
| | I | II | III | IV |
| Pflegeleistend (ja = 1) | -0,141 | -0,127 | -0,236 | -0,234 |
| Pflegeleistend x erwerbstätig | -0,033 | | -0,019 | |
| Pflegeumfang | | -0,016 | | 0,001 |
| Pflegeumfang x Arbeitszeit | | 0,000 | | -0,001 |
| Beobachtungen | 179 266 | 179 266 | 44 231 | 44 231 |
| Personen | 34 212 | 34 212 | 26 713 | 26 713 |

¹ Unter Berücksichtigung individuenspezifischer und zeitinvarianter fixer Effekte. Als weitere Variablen wurden im Modell Haushaltseinkommen, Familienstand, Gesundheit, Haushaltsgröße, Alter und Zeiteffekte berücksichtigt. Die Frage zur sozialen Sicherung wurde nur in den Jahren 2002, 2007 und 2012 gestellt. **Fettgedruckte Werte** bedeuten, dass der Effekt signifikant von Null verschieden ist (5% Irrtumswahrscheinlichkeit). Die Stichprobe beinhaltet nur Personen im Alter zwischen 16 und 64 Jahren.

Quellen: SOEPv29; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2014

Leistet eine Person Pflege, sinkt ihre Zufriedenheit.

net hat. Allerdings unterscheidet sich die Zufriedenheit der erwerbstätigen Pflegepersonen erst ab der Aufnahme der Pfl egetätigkeit signifikant vom Bevölkerungsdurchschnitt. Drei Jahre nach Aufnahme der Pfl egetätigkeit steigt die Lebenszufriedenheit wieder. Wahrscheinlich ist dieser Effekt darauf zurückzuführen, dass die längeren Pflegeverläufe, die in den SOEP-Daten beobachtet werden können, oft weniger schwer verlaufen. So versterben rund 50 Prozent der pflegebedürftigen Leistungsbezieher der sozialen Pflegeversicherung innerhalb der ersten beiden Jahre, nachdem der Pflegefall eingetreten ist.¹⁴ Die SOEP-Daten beinhalten jedoch auch Personen, die auf informelle Hilfe angewiesen sind, deren Einschränkungen aber noch nicht zum Bezug von Pflegeversicherungsleistungen ausreichen. Falls diese Gruppe bei längeren Verläufen überwiegt, wäre das eine plausible Erklärung für den Wiederanstieg der Zufriedenheit.

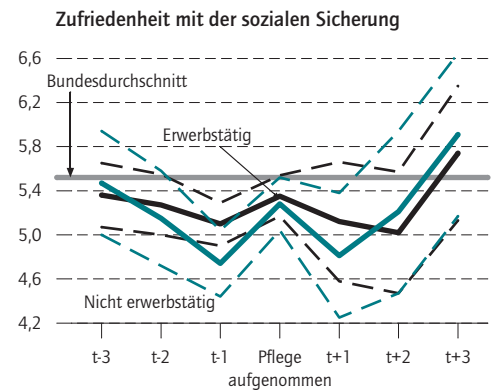
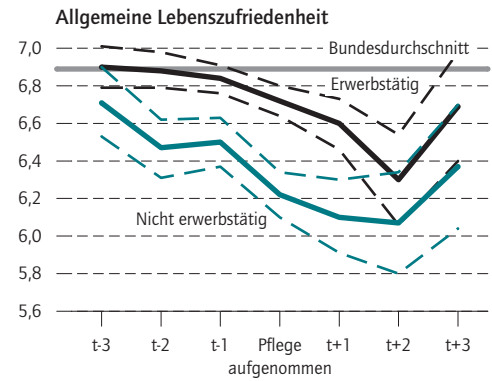
Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der sozialen Sicherung ist das Bild etwas uneinheitlicher: In den meisten Jahren unterscheidet sich die durchschnittliche Zufriedenheit der gesamten erwerbsfähigen Bevölkerung und der Pflegenden nicht (Abbildung 3). Erwerbstätige Pflegenden sind also nicht weniger zufrieden mit der sozialen Sicherung als der Durchschnitt der erwerbsfähigen Bevölkerung. Ähnlich der allgemeinen Lebenszufriedenheit steigt die Zufriedenheit mit der sozialen

¹⁴ Vgl. Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S., Unger, R. (2010): Barmer GEK Pflegebericht. Schwäbisch Gmünd.

Abbildung 3

Zufriedenheit Pflegeleistender nach dem Erwerbsstatus

Auf einer Skala von 0 bis 10



Quellen: SOEPv29; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2014

Die allgemeine Lebenszufriedenheit sinkt bereits vor der Aufnahme einer Pfl egetätigkeit.

Sicherung im dritten Jahr nach Aufnahme der Pfl egetätigkeit an. Allerdings ist dieser Effekt nicht signifikant.

Die Zusammenhänge von Pfl egetätigkeit und Zufriedenheit wurden zudem anhand eines multivariaten Modells genauer untersucht: Die Ergebnisse der Panelschätzung dokumentieren, dass die Zufriedenheit von Pflegepersonen im Vergleich zu Personen, die keine Pflege leisten, signifikant geringer ausfällt (Tabelle 4). Außerdem sinkt die allgemeine Lebenszufriedenheit mit dem Pflegeumfang. Auch die Zufriedenheit mit der sozialen Sicherung ist niedriger als in der Vergleichsgruppe, aber unabhängig vom Pflegeumfang.

Allerdings ist der Interaktionseffekt mit der Erwerbsarbeit in allen Modellen insignifikant. Das bedeutet, dass eine gleichzeitige Pflege- und Erwerbstätigkeit die

Zufriedenheit nicht signifikant beeinflusst. Es konnte zudem kein statistisch signifikanter Zusammenhang von Arbeitszeit und Pflegeumfang mit den Zufriedenheitsmaßen gefunden werden.

Fazit und Ausblick

Informelle Pflegeleistungen tragen schon heute in erheblichem Umfang das deutsche Pflegesystem. Gleichwohl wird die Bedeutung der Pflege durch Angehörige oder Freunde weiter zunehmen, denn mit dem demografischen Wandel geht ein steigender Pflegebedarf einher. Die Frage nach der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege rückt also zunehmend in den Fokus. Wie die vorliegende Analyse des DIW Berlin zeigt, steigt der Anteil der Erwerbstätigen an allen informell Pflegeleistenden, unter denen überdurchschnittlich viele Teilzeiterwerbstätige sind. Sollte die Erwerbstätigkeit in größerem Ausmaß reduziert werden müssen, würde

sich die Frage der volkswirtschaftlichen Kosten informeller Pflege stellen.

Ein Zusammenhang zwischen der allgemeinen Lebenszufriedenheit oder der Zufriedenheit mit der sozialen Sicherung und der Kombination von Erwerbsarbeit und Pflege lässt sich indes nicht feststellen. Auch die Zufriedenheit mit der sozialen Sicherung ist nicht negativ beeinflusst durch gleichzeitige Erwerbsarbeit und Pflege. Aus anderen Erhebungen geht allerdings hervor, dass die Pflegesituation für pflegende Angehörige häufig sehr belastend ist. Mit dem Pflegezeitgesetz und der Familienpflegezeit hat der Gesetzgeber bereits Maßnahmen implementiert, die die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessern sollen. Aufgrund der bislang geringen Inanspruchnahme dieser Leistungen besteht an dieser Stelle weiterer Forschungs- und gegebenenfalls Verbesserungsbedarf. So gibt es Hinweise dafür, dass vielen pflegenden Angehörigen die gesetzlichen Leistungen unbekannt sind.

Johannes Geyer ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Staat am DIW Berlin | jgeyer@diw.de

Erika Schulz ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Staat am DIW Berlin | eschulz@diw.de

WHO CARES? THE SIGNIFICANCE OF INFORMAL CARE BY THE WORKING POPULATION IN GERMANY

Abstract: The daughter and son who take care of their parents or look after their neighbor who is no longer mobile while working at the same time: informal care is a central pillar of the German care system—particularly with regard to the aging population and the resultant increase in the demand for care. Between five and six percent of all adults regularly provide informal care according to DIW Berlin's calculations for the years 2001 to 2012 on the basis of data from the Socio-Economic Panel Study (SOEP). Around 60 percent of these women and men are of working age. The proportion of people in employment among all informal

carers below 65 years of age has risen from just under 53 to almost 66 percent. The increase was greater among full-time than part-time employees although those in full-time work combine caregiving and career significantly less frequently on average. The question arises how work and caregiving could be better reconciled because the need for (informal) care will continue to increase due to demographic change. The present report shows that informal carers are less satisfied in general and also with social security than those who do not provide informal care. However, the data give no indication that working at the same time amplifies this effect.

JEL: J22, H31, J11

Keywords: long-term care, labor supply, life-satisfaction

Zahl privater Zusatzkrankenversicherungen hat sich verdoppelt

Von Markus M. Grabka

Der Anteil der gesetzlich Krankenversicherten, die über eine ergänzende private Zusatzversicherung verfügen, hat sich laut Informationen des SOEP seit 2000 auf rund 13 Millionen mehr als verdoppelt. Besonders stark fiel die Zunahme bei den Zusatzversicherungen für zahnärztliche Leistungen aus: Sie haben sich mehr als vervierfacht. Eine der möglichen Ursachen für diese Entwicklung dürften die wiederholten Einschränkungen des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung sein. Private Zusatzversicherungen werden vor allem von Personen mit höheren Einkommen, sowie von Personen mit einem höheren Bildungsabschluss oder einem guten Gesundheitszustand gehalten.

Das Gesundheitssystem steht vor wichtigen Herausforderungen, die fortwährenden Reformdruck erzeugen. Dies sind vor allem die demographische Entwicklung hin zu einem steigenden Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft und der stetige medizinische Fortschritt. Beide Aspekte führen zu Kostensteigerungen im Gesundheitssystem. Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat – als der zentrale Pfeiler der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland – in der Vergangenheit auf diese Herausforderungen vor allem mit steigenden Beitragssätzen, höheren von den Versicherten zu erbringenden Zuzahlungen oder Leistungsauslagerungen reagiert (Kasten 1).

So wurden mit dem Zweiten GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG) 1997 und dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 umfangreiche Zuzahlungen und Leistungsbeschränkungen beschlossen. Diese umfassten unter anderem erhöhte Zuzahlungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie die Abschaffung von zuvor von der Kasse bezahlten Leistungen wie Sterbegeld, Entbindungsgeld und oder Sehhilfen. Wesentliche Leistungseinschränkungen erfolgten zudem im Bereich der zahnärztlichen Versorgung. Ab dem Jahre 2005 müssen Zahnersatzleistungen in vollem Umfang privat abgesichert oder selbst finanziert werden, das gleiche gilt für Kosten, die die befundbezogenen Festzuschüsse überschreiten.

Die GKV hat einen weitgehend vereinheitlichten Leistungskatalog, von dem einzelne Krankenkassen nur in geringem Umfang, zum Beispiel bei der Gewährung alternativer Heilmethoden, abweichen dürfen. Über diesen gesetzlich festgelegten Leistungskatalog hinaus werden von privaten Versicherungen (zum Teil in Kooperation mit gesetzlichen Krankenkassen) Zusatzversicherungen angeboten, die einen stärker individuellen Krankenversicherungsschutz ermöglichen. Hierzu gehören ambulante Tarife, Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus, Zahntarife, Tarife für Auslandsreisekrankenversicherungen, Krankentagegeldversicherungen oder auch Pflegezusatzversicherungen (Kasten 2).

Kasten 1

Übersicht ausgewählter Leistungseinschränkungen in der GKV

1997 Zweites GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG)

- Die von der Packungsgröße abhängigen gesetzlichen Zuzahlungsbeträge für Arznei- und Verbandmittel steigen auf neun, elf und 13 DM.
- Die Zuzahlung zu Heilmitteln steigt von zehn Prozent auf 15 Prozent der Kosten.
- Der Eigenanteil an medizinisch notwendigen Fahrkosten steigt auf 25 DM je Fahrt.
- Volljährige Versicherte haben zu den Kosten von Bandagen, Einlagen und Hilfsmitteln eine Zuzahlung von 20 Prozent zu leisten.
- Der Zuschuss der Kassen zu den Kosten des Zahnersatzes (für vor 1979 geborene Versicherte) wird auf 45 beziehungsweise 55 Prozent gekürzt.
- Bei Verblendungen beim Zahnersatz wird der Anspruch auf den Festzuschuss für Kunststoff-Verblendungen begrenzt (Mehrkosten sind privat zu tragen).
- Nicht apothekenpflichtige Arzneimittel sind vom Versorgungsanspruch ausgeschlossen.
- An zahntechnischen Leistungen bleiben nur noch Parodontalbehandlungen sowie kieferorthopädische Behandlungen Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung.

2004 GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)

- Zuzahlungen: grundsätzlich bei allen Leistungen (unter anderem Heilmittel, häusliche Pflege, Rehabilitation) zehn Prozent der Kosten – mindestens fünf Euro (allerdings nicht mehr als den tatsächlichen Preis), höchstens zehn Euro.
- Einführung der Praxisgebühr von zehn Euro pro Quartal.
- Folgende Leistungen werden aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen: Sterbegeld, Entbindungsgeld, nicht medizinisch notwendige Sterilisation, künstliche Befruchtung, Sehhilfen/Brillen, Fahrkosten zur ambulanten Behandlung.
- Nicht verschreibungspflichtige Arzneien/Produkte werden vom Versorgungsanspruch ausgeschlossen.
- Zahnersatzleistungen müssen Versicherte ab 2005 in vollem Umfang selbst absichern; oberhalb befundbezogener Festzuschüsse liegende Kosten müssen ebenfalls privat getragen werden.

2007 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WStG)

- Der Leistungsumfang bei Folgeerkrankungen aufgrund nicht notwendiger medizinischer Eingriffe (Schönheitsoperationen, Piercing) wird eingeschränkt.

Quelle: Steffen, J. (2013): Sozialpolitische Chronik. Berlin, September 2013, www.portal-sozialpolitik.de/uploads/sopo/pdf/Sozialpolitische-Chronik.pdf.

Wer entscheidet sich für Zusatzversicherungen – und warum?

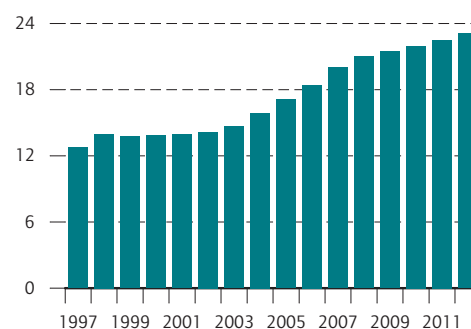
Nach Angaben der PKV belief sich im Jahre 2012 die Zahl der abgeschlossenen Zusatzversicherungen auf rund 23 Millionen – wobei Versicherte mehrere Zusatzversicherungen abgeschlossen haben können (Abbildung 1). Die weiteste Verbreitung haben Zusatzversicherungen für zahnärztliche Behandlungen (Zahntarife) mit gut 13,5 Millionen abgeschlossenen Verträgen.¹ Insgesamt hat die Zahl der Zusatzversicherungen seit 1997 um mehr als zehn Millionen oder rund 81 Prozent zugenommen.² Ein deutlicher Anstieg der Zusatzversicherungen konnte in den Jahren 2004 bis 2007 beobachtet

¹ Die Zahl abgeschlossener Verträge für ambulante Tarife beläuft sich auf etwa 7,7 Millionen, Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus auf knapp 5,8 Millionen und für Krankentagegeldversicherungen auf etwa 3,6 Millionen, vgl. PKV 2013: Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2012. Köln.

² Bei der Zahl der Zusatzversicherungen ist zu unterscheiden zwischen der Zahl der Verträge, die vom Verband der Privaten Krankenversicherung ausgewiesen werden, und der Zahl der Versicherten, die eine Zusatzversicherung halten, da Versicherte mehrere Verträge abgeschlossen haben können.

Abbildung 1

Zahl der privaten Zusatzversicherungen In Millionen



Quelle: Zahlenberichte der PKV.

© DIW Berlin 2014

2012 gab es 81 Prozent mehr Zusatzversicherungen als noch 1997.

Kasten 2

Private Zusatzversicherungen

Durch private Zusatzversicherungen kann der Versicherungsschutz in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ergänzt oder verbessert werden. Folgende Arten von Zusatzversicherungen werden von der Privaten Krankenversicherung (PKV) angeboten:

- **Ambulante Tarife:**
Zusätzlicher Versicherungsschutz im ambulanten Bereich zum Beispiel für Zuschüsse zu Medikamenten, Sehhilfen (u.a. auch gegen Verlust und Beschädigung), Hörgeräten, weitere Hilfsmittel, Vorsorgeuntersuchungen. Kuraufenthalte oder Behandlungen durch Heilpraktiker.
- **Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus:**
Erstattung von Kosten für die Unterbringung im Ein-

oder Zweibettzimmer und die Behandlung durch den Chefarzt.

- **Zahntarife:**
Zusätzliche Leistungen für Zahnersatz und Zahnbehandlung, Inlays und Kieferorthopädie.
- **Auslandsreisekrankenversicherung:**
Versicherungsschutz bei Auslandsreisen.
- **Pflegezusatzversicherung:**
Zusätzliche finanzielle Absicherung im Pflegefall.
- **Krankentagegeldversicherung:**
Teil-/Erstattung der Differenz zwischen Krankengeld und Lohn/Gehalt.

tet werden. Der Zuwachs belief sich pro Jahr auf bis zu knapp neun Prozent.

Mit den Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP)³ ist es möglich, zu beschreiben, welche Versicherten mit privaten Krankenzusatzversicherungen vorsorgen und Hinweise auf die Motive zu geben, warum sie das tun. Nach Angaben des SOEP belief sich die Zahl der gesetzlich krankenversicherten Personen (ab 17 Jahren), die mindestens eine private Zusatzversicherung abgeschlossen haben, in 2012 auf 13 Millionen (Tabelle).⁴ Zwischen 2000 und 2012 hat sich diese Zahl verdoppelt und spiegelt damit die verstärkte Nachfrage nach zusätzlicher Absicherung im Krankheitsfall wider. Ein ausgeprägter Anstieg zeigt sich in den Jahren 2004 bis 2010. Zwischen 2010 und 2012 hat die Zahl der Erwachsenen mit privater Zusatzversicherung nur noch geringfügig zugenommen. Insgesamt verfügt mehr als jeder Fünfte gesetzlich krankenversicherte Erwachsene über einen zusätzlichen privaten Krankenversicherungsschutz.

Eine mögliche Ursache für den seit 2004 zu beobachtenden starken Anstieg der Zusatzversicherungen dürfte in den entsprechenden gesetzlichen Beschränkungen des

Leistungskatalogs der GKV liegen. Eine weitere mögliche Ursache könnte aber auch darin bestehen, dass die gesetzlichen Krankenkassen seit 2005 Kooperationen mit privaten Kassen eingehen und ihren Versicherten Zusatzversicherungen ohne Risikoprüfung anbieten dürfen.⁵ Den gesetzlichen Krankenkassen eröffnet sich damit ein zusätzliches Mittel, Versicherte an sich zu binden, da eine Zusatzversicherung bei einem Wechsel der Krankenkasse vielfach nicht mitgenommen werden kann bzw. mit höheren Beiträgen zu rechnen ist.

Welche Zusatzversicherungen werden am häufigsten abgeschlossen?

Knapp 17 Prozent aller Erwachsenen in der GKV haben eine Zusatzversicherung für Leistungen beim Zahnersatz. Dies ist die Zusatzversicherung mit dem größten Anteilswert. Hier ist auch der größte Zuwachs mit mehr als einer Verdreifachung seit 2000 zu beobachten. Diese Entwicklung geht vermutlich darauf zurück, dass seit 2005 in der GKV für Zahnersatz nur noch ein befundbezogener Festzuschuss⁶ für eine Regelversorgung vorgesehen ist, der unabhängig von den tatsächlichen Behandlungskosten ist.

3 Das SOEP ist eine repräsentative Wiederholungsbefragung privater Haushalte, die seit 1984 in Westdeutschland und seit 1990 in Ostdeutschland jährlich durchgeführt wird, vgl. Wagner, G. G., Göbel, J., Krause, P., Pischner, R., Sieber, I. (2008): Das Sozio-ökonomische Panel (SOEP): Multidisziplinäres Haushaltspanel und Kohortenstudie für Deutschland – Eine Einführung (für neue Datennutzer) mit einem Ausblick (für erfahrene Anwender). AStA Wirtschafts- und Sozialstatistisches Archiv Bd. 2, Heft 4, 301–328.

4 Zählt man alle Zusatzversicherungen zusammen, so beläuft sich deren Zahl auf 24,8 Millionen Versicherungen und überschätzt damit die Zahlen der PKV leicht.

5 Im Gegensatz dazu verlangen private Zusatzversicherungen bei einem direkten Vertragsabschluss eine Risikoprüfung, das heißt die Versicherungsprämie hängt unter anderem vom Alter, dem Gesundheitszustand und eventueller Vorerkrankungen ab.

6 Beim befundorientierten Festzuschuss erhält ein Patient unabhängig von dem gewählten Zahnersatz (zum Beispiel Prothese, Brücke, Implantat) einen fixen befundbasierten Festzuschuss von der GKV. Die Differenz zum tatsächlichen Preis muss der Patient selbst tragen. Diesen Betrag kann er aber auch durch eine private Zusatzversicherung teilweise absichern.

Tabelle

Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung mit einer privaten Zusatzversicherung

Anteil in der jeweiligen Personengruppe in Prozent

| | 2000 | 2002 | 2004 | 2006 | 2008 | 2010 | 2012 |
|--|------|------|------|------|-------|------|------|
| Erwachsene | 9,6 | 10,4 | 11,4 | 14,4 | 17,8 | 21,4 | 21,6 |
| Leistungsumfang (Mehrfachnennungen möglich) | | | | | | | |
| Krankenhausbehandlung | 7,1 | 7,8 | 8,3 | 9,2 | 10,6 | 10,6 | 10,8 |
| Zahnersatz | 3,7 | 4,5 | 5,6 | 8,8 | 13,2 | 15,3 | 16,6 |
| Heil- und Hilfsmittel | 2,7 | 3,2 | 3,9 | 5,8 | 7,7 | 7,9 | 8,7 |
| Auslandsaufenthalt | 2,6 | 3,2 | 3,9 | 5,6 | 7,5 | 6,7 | 7,5 |
| Sonstiges (u. a. Krankentagegeldversicherung) | 1,5 | 1,5 | 1,9 | 2,3 | 2,4 | 2,1 | 2,8 |
| Geschlecht | | | | | | | |
| Männer | 9,3 | 10,0 | 11,0 | 13,6 | 17,1 | 19,5 | 20,2 |
| Frauen | 9,8 | 10,8 | 11,8 | 15,0 | 20,2 | 23,0 | 22,8 |
| Alter | | | | | | | |
| Unter 40 Jahren | 9,2 | 10,2 | 11,5 | 15,1 | 19,0 | 20,1 | 19,0 |
| 40-59 Jahren | 10,8 | 11,5 | 12,9 | 15,9 | 20,1 | 24,2 | 24,8 |
| 60 Jahre und älter | 8,8 | 9,6 | 9,9 | 11,9 | 17,1 | 19,4 | 20,5 |
| Berufsbildung | | | | | | | |
| Ohne Abschluss | 5,6 | 5,9 | 6,4 | 7,8 | 10,1 | 10,2 | 11,1 |
| Mittlerer Abschluss | 9,8 | 11,2 | 12,0 | 15,3 | 19,8 | 22,6 | 23,0 |
| Fachhoch-, Hochschule | 18,0 | 17,7 | 20,0 | 23,5 | 29,9 | 35,0 | 32,0 |
| Monatliches Haushaltseinkommen ¹ | | | | | | | |
| Bis unter 1 000 Euro | 4,6 | 3,7 | 3,7 | 5,4 | 7,8 | 7,6 | 8,6 |
| 1 000 bis 2 000 Euro | 6,3 | 7,1 | 8,2 | 10,8 | 15,8 | 16,2 | 16,9 |
| 2 000 bis 3 000 Euro | 9,8 | 10,6 | 11,4 | 17,6 | 21,6 | 24,5 | 24,7 |
| 3 000 bis 5 000 Euro | 17,4 | 17,8 | 20,3 | 23,5 | 28,2 | 34,1 | 33,1 |
| Mehr als 5 000 Euro | 26,3 | 33,6 | 32,1 | 33,1 | 42,8 | 43,3 | 38,4 |
| Erwerbstätigkeit | | | | | | | |
| Voll erwerbstätig | 11,3 | 13,0 | 14,8 | 18,0 | 23,7 | 26,4 | 26,6 |
| Teilzeitbeschäftigt | 12,0 | 13,0 | 15,0 | 18,3 | 23,2 | 27,5 | 27,3 |
| Nicht erwerbstätig | 7,8 | 8,1 | 8,6 | 11,1 | 14,3 | 16,4 | 16,4 |
| Region | | | | | | | |
| Westdeutschland | 11,0 | 11,9 | 12,8 | 16,0 | 20,67 | 23,0 | 23,3 |
| Ostdeutschland | 4,2 | 4,6 | 5,8 | 8,4 | 11,74 | 15,0 | 15,1 |
| Kassenwechsler (nur GKV) | | | | | | | |
| nein | 9,3 | 10,3 | 11,3 | 14,2 | 18,5 | 21,0 | 21,5 |
| ja | 13,7 | 14,2 | 14,2 | 17,0 | 24,9 | 32,7 | 24,5 |
| Gesundheitszustand | | | | | | | |
| sehr gut | 10,2 | 10,7 | 12,2 | 16,5 | 21,2 | 24,0 | 20,7 |
| gut | 10,9 | 12,1 | 11,9 | 16,0 | 21,2 | 24,2 | 24,2 |
| zufriedenstellend | 9,2 | 10,4 | 12,0 | 14,0 | 18,4 | 20,4 | 21,9 |
| weniger gut | 7,6 | 7,7 | 10,3 | 12,7 | 15,0 | 18,9 | 17,7 |
| schlecht | 5,7 | 5,2 | 6,5 | 6,1 | 10,6 | 12,0 | 10,0 |
| Arztbesuche in den letzten 3 Monaten | | | | | | | |
| nein | 8,4 | 9,4 | 11,0 | 12,3 | 16,8 | 19,0 | 18,1 |
| ja | 10,1 | 10,9 | 11,6 | 15,3 | 19,5 | 22,6 | 23,0 |
| Beurteilung der finanziellen Absicherung der Sozialversicherung bei Krankheit | | | | | | | |
| gut | | 12,8 | | | | | 24,3 |
| befriedigend | | 8,9 | | | | | 20,6 |
| schlecht | | 7,7 | | | | | 16,0 |
| weiss nicht | | 4,7 | | | | | 14,9 |
| <i>Nachrichtlich:</i> Zahl der Versicherten mit einer Zusatzversicherungen in Millionen | 5,7 | 6,3 | 7,0 | 8,7 | 11,5 | 11,4 | 13,0 |

¹ Inflationsbereinigte Nettoeinkommen in Preisen von 2005.

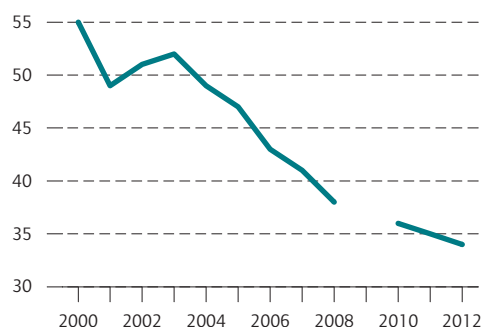
Quellen: SOEP v29, gesetzlich krankenversicherte Personen ab 17 Jahren in Privathaushalten; Berechnungen des DIW Berlin.

Der deutlichste Zuwachs ist bei den Zusatzversicherungen für Zahnersatz zu beobachten. Die Zahl der Personen, die eine solche abgeschlossen haben, hat sich seit 2000 mehr als vervierfacht.

Abbildung 2

Monatlicher Beitrag für private Zusatzversicherungen

In Euro zu jeweiligen Preisen



Quelle: SOEP v29, gesetzlich krankenversicherte Personen ab 17 Jahren in Privathaushalten.

© DIW Berlin 2014

Der Beitrag, der durchschnittlich für Zusatzversicherungen ausgegeben wird, sinkt.

Die mit knapp elf Prozent am zweithäufigsten genannte Zusatzversicherung umfasst den Bereich der Krankenhausbehandlung, gefolgt von Zusatzversicherungen für Heil- und Hilfsmittel (knapp neun Prozent) – unter anderem für Brillen und andere Sehhilfen. Auch der Anteil der erwachsenen GKV-Versicherten mit einer Auslandskrankenversicherung hat sich seit 2000 mehr als verdoppelt auf nunmehr 7,5 Prozent.⁷ Sonstige Zusatzversicherungen (unter anderem Krankenhaustagegeldversicherungen) haben dagegen seit 2000 nur unterdurchschnittlich zugelegt.

Die durchschnittliche Prämienhöhe für eine private Zusatzversicherung ist seit der Jahrtausendwende deutlich gesunken (Abbildung 2). Während in 2000 durchschnittlich 55 Euro für privaten Krankenschutz pro Monat ausgegeben wurde, ist dieser Wert auf 34 Euro in 2012 zurückgegangen. Dies erklärt sich daraus, dass in 2000 Tarife für Krankenhausbehandlungen – die für gewöhnlich einen relativ höheren Preis haben – am häufigsten abgeschlossen wurden, während in 2012 Zahntarife weitaus häufiger verbreitet waren.

Private Zusatzversicherungen werden besonders häufig von Frauen und Personen mittleren Alters abgeschlossen. Zudem spielt Bildung und Einkommen eine entscheidende Rolle. Der Anteil von Zusatzversicherten ist unter Personen mit einem Fachhochschul- oder Uni-

⁷ Hierbei ist zu beachten, dass Kreditkartenunternehmen teilweise zusätzliche Leistungen wie Auslandskrankenversicherungen anbieten.

versitätsabschluss dreimal so hoch wie unter Personen ohne beruflichen Bildungsabschluss. Vergleichbares gilt auch beim Haushaltseinkommen, wenngleich der Unterschied zwischen der unteren und oberen Einkommensgruppe noch ausgeprägter ist. Während Personen in Haushalten mit einem Einkommen bis zu 1 000 Euro im Monat in 2012 weniger als neun Prozent eine Zusatzversicherung aufweisen, steigt der entsprechende Anteil bei den Personen in Haushalten mit einem Einkommen von mehr als 5 000 Euro auf 38 Prozent. Die absoluten Zuwächse an privaten Zusatzversicherungen fallen bei den Haushalten mit höherem Einkommen seit 2000 zudem stärker aus als bei den einkommensschwachen Haushalten. Erwartungsgemäß fällt der Anteil der Westdeutschen mit Zusatzversicherungen deutlich höher aus als im einkommensschwächeren Ostdeutschland.

Versicherte, die eine Krankenkasse gewechselt haben, haben im Durchschnitt häufiger eine Zusatzversicherung als Nichtwechsler.⁸ Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass das Angebot an Zusatzversicherungen auch ein Anreiz für den Wechsel in eine entsprechende Krankenkasse sein kann, da seit der Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes in der GKV im Jahr 2009 die gesetzlichen Krankenkassen sich in ihrem Preis kaum noch unterscheiden⁹ und damit andere Qualitätskriterien wie Zusatzangebote oder besserer Service an Bedeutung gewinnen.¹⁰

Personen mit einem sehr guten oder guten Gesundheitszustand sind häufiger im Besitz einer Zusatzversicherung als diejenigen, die ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzen. Dies sollte keinesfalls im Sinne unterschiedlicher Präferenzen für einen individuellen Gesundheitsschutz interpretiert werden, sondern hier dürfte das generell in der Privaten Krankenversicherung geltende Äquivalenzprinzip im Gegensatz zum in der Gesetzlichen Krankenversicherung angewendeten Solidarprinzip wirken. Danach bemisst sich die Höhe einer privaten Versicherung nach dem Risiko, das maßgeblich von dem aktuellen Gesundheitszustand und dem Alter abhängt. Dies bedeutet, dass Personen mit Vorerkrankungen einen deutlich höheren Preis für eine private Zusatzversicherung zahlen müssen, was diese ent-

⁸ Dieser Befund steht zwar im Gegensatz zu dem oben genannten Argument, dass gesetzliche Krankenkassen ihre Versicherten stärker an sich binden können. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Zusatzversicherung direkt bei der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen wurde.

⁹ Neben dem einheitlichen Beitragssatz können gesetzliche Kassen auch Prämien ausschütten oder Zusatzbeiträge erheben. Letzteres hat im vergangenen Jahr keine Krankenkasse in Anspruch genommen.

¹⁰ Vgl. hierzu auch Andersen, H. A., Grabka, M. M., Schwarze, J. (2007): Beitragssatz, Kassenwettbewerb und Gesundheitsreform. Eine empirische Analyse. Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik Vol. 227(5+6) Themenheft Gesundheitsökonomie, 429-450.

sprechend weniger attraktiv macht, oder die Versicherung ihnen gänzlich verwehrt bleibt.

Obwohl Versicherte mit Zusatzversicherungen häufiger angeben, einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand zu haben, weisen sie einen höheren Anteil an Arztkontakten auf als Personen ohne zusätzlichen Versicherungsschutz (nicht separat ausgewiesen). Es könnte unter anderem vermutet werden, dass sich darin ein sogenanntes „Moral-Hazard-Verhalten“¹¹ spiegelt, wonach Versicherte ihr Verhalten aufgrund einer abgeschlossenen Versicherung verändern und so zum Beispiel verstärkt Leistungen ihrer Kranken-/Zusatzversicherung in Anspruch nehmen.¹²

Ein zunächst überraschender Befund ist der Zusammenhang zwischen dem Abschluss einer Zusatzversicherung und der Beurteilung der finanziellen Absicherung bei Krankheit durch die Gesetzliche Krankenversicherung.¹³ Dabei zeigt sich, dass je besser die finanzielle Absicherung durch die GKV eingeschätzt wird, desto höher ist auch der Anteil der erwachsenen GKV-Versicherten, die eine private Zusatzversicherung abgeschlossen haben. Hier zeigt sich, dass Personen mit höherem Bildungsabschluss und höherem Einkommen die Absicherung durch die GKV als insgesamt gut bezeichnen, zugleich aber vermutlich über die Lücken des Versicherungsschutzes besser informiert sind und zudem über die finanziellen Mittel verfügen, ergänzende private Zusatzversicherungen abzuschließen.

¹¹ Vgl. Breyer, F. (1984): Moral Hazard und der optimale Krankenversicherungsvertrag. Eine Übersicht. Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft 140, 288–307.

¹² Eine andere Möglichkeit besteht darin, dass Patienten mit Zusatzversicherungen aufgrund der häufigeren Arztbesuche eine bessere Gesundheit haben.

¹³ Diese Information wurde im SOEP nur in den Jahren 2002 und 2012 gemeinsam erhoben.

Markus M. Grabka ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Infrastruktur-einrichtung Sozio-oekonomisches Panel am DIW Berlin | mgrabka@diw.de

NUMBER OF PRIVATE SUPPLEMENTARY HEALTH INSURANCE POLICIES DOUBLED

Abstract: According to information from the Socio-Economic Panel Study (SOEP), the proportion of people with statutory health insurance who have taken out private supplementary health insurance has more than doubled to around 13 million since 2000. The increase in supplementary health insurance policies for dental treatment was particularly strong: these

Fazit

Der Anteil der gesetzlich Krankenversicherten, die über eine ergänzende private Zusatzversicherung verfügen, hat sich laut Informationen des SOEP seit 2000 mehr als verdoppelt. Es ist zu vermuten, dass eine der möglichen Ursachen für diesen Zuwachs in den wiederholten Einschränkungen des Leistungskatalogs der GKV zu sehen ist.¹⁴ Andererseits ist in den vergangenen Jahren auch ein stärkeres gesundheitliches Bewusstsein in der Bevölkerung zu beobachten.¹⁵ Die Zahlen zur Struktur der Versicherten mit einer privaten Krankenzusatzversicherung sind zudem Ausdruck eines verstärkten, politisch gewünschten Wettbewerbs zwischen den gesetzlichen Kassen insbesondere seit dem 2009 eingeführten einheitlichen Beitragssatz in der GKV. Sie zeigen, dass für Versicherte und Patienten Leistungsumfang und Leistungsqualität zunehmend an Bedeutung gewinnen, da der Preis als Differenzierungsmerkmal an Bedeutung verloren hat.

Das zentrale Ziel der Gesundheitspolitik in Deutschland ist die Sicherstellung einer umfassenden Versorgung mit medizinischen Leistungen für alle Schichten und Gruppen der Bevölkerung. Angesichts der starken Zunahme von privaten Zusatzversicherungen stellt sich jedoch die Frage, ob dies langfristig zu Versorgungsdefiziten führen kann – insbesondere im Bereich der zahnärztlichen Versorgung – da die Verbreitung der Zusatzversicherung offensichtlich mit der Höhe der Haushaltseinkommens korreliert.

¹⁴ Neben den verschiedenen Einschränkungen des Leistungskatalogs in der GKV findet fortwährend – vor allem aufgrund des medizinischen Fortschritts – eine Ausweitung der Leistungen in der GKV statt, der vermutlich weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit vorstattengeht. Leistungsbeschränkungen dürften den Versicherten und Patienten dagegen deutlich mehr bewusst sein, da diese auch für Werbezwecke von den Privaten Krankenkassen thematisiert werden.

¹⁵ So hat das Institut für Demoskopie Allensbach (2007): Mehr Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung. Allensbacher Berichte Nr. 13/2007, festgestellt, dass die Bevölkerung verstärkt auf ihre Gesundheit achtet.

have more than quadrupled. One of the possible reasons for this development may be continuous restrictions on the range of services covered by statutory health insurance. Private supplementary health insurance policies are primarily purchased by people with higher incomes as well as by individuals with a higher education or by those in good health.

JEL: I11

Keywords: private supplementary health insurance, SOEP

Verschreibungspflichtige Medikamente: Marktorientierte Regulierung von Festbeträgen wirkt kostendämmend

Von Hannes Ullrich

Angesichts einer wachsenden Vielfalt an teuren Behandlungsmöglichkeiten und Medikamenten stellt die ökonomische Nachhaltigkeit eine besondere Herausforderung für Gesundheitssysteme mit universellem Versicherungsschutz dar. Ein bewährtes Mittel zur Kostendämpfung sind Zuzahlungen der Patienten für Arzneimittel. Über die optimale Ausgestaltung einer Zuzahlungsregulierung fehlt jedoch empirische Evidenz. Eine Untersuchung der Ausgaben- und Nachfrageeffekte einer Reform der Zuzahlungsregulierung in Dänemark zeigt, wie eine marktorientierte Regulierung zu deutlichen Ersparnissen für Konsumenten führen und das Gesundheitssystem entlasten kann.

Viele Länder der Welt haben ein Gesundheitssystem mit universellem Versicherungsschutz, in dem jeder Bürger Zugang zu gesundheitlicher Versorgung hat. Trotz unterschiedlicher Ausgestaltungen im internationalen Vergleich kämpfen alle universellen Systeme mit zwei Problemen, die ihre Effizienz beeinträchtigen und damit gesellschaftliche Kosten verursachen: Zum einen wählen Personen mit höheren, nicht vollständig überprüfbaren Gesundheitsrisiken jene Versicherer, die umfangreichere Leistungen anbieten (Negativauslese oder adverse Selektion). In der Folge steigen die Beiträge für die Krankenversicherungen dieser Anbieter.¹ Das zweite Problem ist die (übermäßige) Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen, weil die entscheidenden Akteure – Ärzte und Patienten – nicht an den Kosten beteiligt sind beziehungsweise keine Informationen darüber haben (Moral Hazard).

Im Sinne der Nachhaltigkeit von Gesundheitssystemen suchen Politik und Versicherer nach Mitteln, den Anstieg der Kosten einzudämmen und gleichzeitig den Patienten kurz- und langfristige Wahlmöglichkeiten zu erhalten.² Eine Studie des DIW Berlin untersucht die Auswirkungen einer marktorientierten Regulierung in Dänemark, die zum Ziel hat, das Problem des Moral Hazard zu beschränken.³ Das im Jahr 2005 für alle verschreibungspflichtigen Medikamente eingeführte System schafft starke Anreize, teure Originalpräparate durch günstigere Generika zu ersetzen, und fördert somit maßgeblich den Preiswettbewerb. Anhand dieser Studie diskutieren wir mögliche Sparpotenziale für das deutsche Versicherungssystem.

1 Adverse Selektion ist insbesondere in Ländern relevant, in denen Versicherer miteinander im Wettbewerb stehen wie zum Beispiel in Deutschland.

2 Der Markt für Pharmazeutika hatte im Jahr 2010 in Deutschland ein Volumen von rund 42 Milliarden Euro, was 1,7 Prozent des deutschen Bruttoinlandsprodukts entspricht, vgl. Carone, G., Schwierz, C., Xavier, A. (2012): Cost-containment Policies in Public Pharmaceutical Spending in the EU. European Commission Economic Papers 461.

3 Vgl. Kaiser, U., Mendez, S., Rønde, T., Ullrich, H. (2013): Regulation of Pharmaceutical Prices: Evidence from a Reference Price Reform in Denmark. Working Paper.

Neben direkter Abgabepreisregulierung, Preisobergrenzen, Verschreibungsrichtlinien, Ausgabenbudgets, Zwangssubstitution und weiteren Regulierungen, die sich in erster Linie an Distributoren, verschreibende Ärzte und Apotheken richten, sind Systeme der *Preisreferenzierung* für verschreibungspflichtige Pharmazeutika, insbesondere in der EU, weit verbreitet.⁴ Diese Regulierung sieht eine *am Abgabepreis orientierte Zuzahlung des Patienten* für verschreibungspflichtige Medikamente vor. Die Zuzahlung wird als die Differenz zwischen dem gesetzlich geregelten Festbetrag und dem Abgabepreis definiert. Es lohnt sich also für den Konsumenten, im Interesse des Versicherers zu handeln und den Kaufpreis in die Kaufentscheidung einzubeziehen. So werden Anreize generiert, therapeutisch gleichwertige Alternativen zu wählen, deren Abgabepreis – und damit deren Zuzahlung – niedriger ist.

Patientenzuzahlungen bewirken, dass die pharmazeutischen Unternehmen ihr Optimierungskalkül an die Nachfrage der nun preissensitiven Konsumenten anpassen müssen. Die Konsequenz sind laut Theorie sinkende Preise im Vergleich zur Situation ohne Zuzahlung, in der die Nachfrage nicht auf den Preis reagiert. Wie genau die Festbeträge definiert werden und welche Auswirkungen auf Kaufentscheidungen und Marktergebnisse verschiedene Ausgestaltungen haben, soll hier gezeigt werden.

Verschiedene Systeme der Preisreferenzierung

Das erste System einer Preisreferenzierung zur Definition von Festbeträgen wurde im Jahr 1989 in Deutschland für ausgewählte Medikamente eingeführt. Eine Reihe weiterer Länder (Niederlande 1991, Dänemark, Norwegen, Neuseeland und Schweden 1993, Spanien 2000 etc.) folgten, wobei eine flächendeckende Einführung in vielen Ländern ausblieb. Aktuell spielt das Referenzierungssystem in Deutschland nur noch eine untergeordnete Rolle. Größere Bedeutung kommt beispielsweise Rabattverträgen zwischen Versicherern und Pharmaunternehmen zu.

Die Ausgestaltung von Systemen der Preisreferenzierung fällt sehr unterschiedlich aus. Hierbei sind drei Definitionen entscheidend.⁵ Im Mittelpunkt steht zunächst die Definition von Gruppen vergleich- oder substituierbarer Produkte, auf Basis welcher Festbeträge errechnet werden. Zum Beispiel können Gruppen alle Produkte beinhalten, die therapeutisch äquivalent sind, also zur

Behandlung gleicher Beschwerden zugelassen sind. Diese weit gefasste Definition wird therapeutische Preisreferenzierung genannt. Dagegen wird bei einem System generischer Preisreferenzierung eine eng gefasste Definition verwendet, in der Vergleichsgruppen nur aus Produkten mit gleichem chemischen Wirkstoff, gleicher Dosis und gleicher Packungsgröße gebildet werden. Diese Definition wird nur in Märkten angewendet, in denen kein gültiger Patentschutz mehr besteht.

Im nächsten Schritt wird zwischen internationaler (externer) und nationaler (interner) Preisreferenzierung unterschieden. Externe Preisreferenzierung basiert in den europäischen Ländern auf einem Korb entweder vergleichbarer Nachbarländer oder einer nahezu uneingeschränkten Auswahl von EU-Ländern. Deutschland verwendete im Jahr 2012 eine Auswahl von 15 EU-Ländern, Dänemark bis ins Jahr 2005 die EU15-Länder unter Ausschluss von Griechenland, Luxemburg, Spanien und Portugal. Die meisten Systeme definieren bis zu zehn Länder mit zuletzt steigender Tendenz.⁶ Bei interner Preisreferenzierung bestehen die Vergleichsgruppen aus inländischen (Konkurrenz-)Produkten.

Im letzten Schritt wird eine Statistik berechnet, die den gültigen Festbetrag bestimmt. In Systemen externer Preisreferenzierung wird in der Regel der Durchschnitt der Preise aller Vergleichsprodukte gewählt. Bei interner Preisreferenzierung ist die Verwendung von Durchschnitt, Median oder einem anderen Perzentil, Minimum und Maximum zu beobachten. Der Kasten 1 beschreibt die Zuzahlungsregelungen in Deutschland und Dänemark.

Sinkende Abgabepreise durch Zuzahlungen

Die empirische Literatur findet einen robusten Zusammenhang zwischen der Einführung von Systemen der Preisreferenzierung und fallenden Abgabepreisen für verschreibungspflichtige Medikamente.⁷ Demnach sinken die Preise für Originalpräparate am stärksten, ge-

⁴ Vgl. Espin, J., Rovira, J., de Labry, A. O. (2011): WHO/HAI Project on Medicine Prices and Availability. Review Series on Pharmaceutical Pricing Policies and Interventions, Working Paper 1: External Reference Pricing.

⁵ Vgl. Galizzi, M.M., Ghislandi, S., Miraldo, M. (2011): What Do We Really Know about Reference Pricing for Pharmaceuticals? Eurohealth, 17 (1), 17-19.

⁶ Vgl. Leopold, C., Voglera, S., Mantel-Teeuwisse, A. K., de Joncheere, K., Leufkens, H. G. M., Laing, R. (2012): Differences in external price referencing in Europe—A descriptive overview. Health Policy, 104, 50-60.

⁷ Vgl. unter anderen Aronsson, T., Bergman, M. A., Rudholm, N. (2001): The Impact of Generic Drug Competition on Brand Name Market Shares - Evidence from Micro Data. Review of Industrial Organization, 19 (4), 423-433; Brekke, K. R., Holmas, T. H., Straume, O. R. (2011): Reference Pricing, Competition, and Pharmaceutical Expenditures: Theory and Evidence from a Natural Experiment. Journal of Public Economics, 95 (7-8), 624-638; Granlund, D. (2010): Price and Welfare Effects of a Pharmaceutical Substitution Reform. Journal of Health Economics, 29 (6), 856-865; Kanavos, P., Costa-Font, J., Seeley, E. (2008): Competition in Off-Patent Drug Markets: Issues, Regulation and Evidence. Economic Policy, 23 (55), 499-544; Pavcnik, N. (2002): Do Pharmaceutical Prices Respond to Potential Patient Out-of-pocket Expenses? Rand Journal of Economics, 33 (3), 469-487; Puig-Junoy, J. (2007): The Impact of Generic Reference Pricing Interventions in the Statin Market. Health Policy, 84, 14-29; Stargardt, T. (2010): The impact of reference pricing on switching behaviour and healthcare utilisation: the case of statins in Germany. European Journal of Health Economics, 11 (3), 267-277.

Kasten 1

Zuzahlungsregelungen in Deutschland und Dänemark

In Deutschland berechnet sich die Zuzahlung in der Regel als zehn Prozent des Listenpreises (teils intern, teils extern definiert), der etwa jährlich festgesetzt wird. Maximal beträgt die Zuzahlung jedoch zehn Euro pro Medikament und für Beträge zwischen fünf und 50 Euro ist sie auf fünf Euro festgesetzt. Besteht ein Festbetrag, bezieht sich der Zuzahlungsanteil auf diesen. Der Patient bezahlt zusätzlich die Differenz zwischen dem Listenpreis und dem Festbetrag.¹

In Dänemark wird der Festbetrag für alle Medikamente nahezu in Echtzeit als der niedrigste Preis innerhalb der definierten Vergleichsgruppe definiert. Die Zuzahlung ergibt sich stets aus der Differenz zwischen dem Listenpreis einem Teil des Festbetrags. Somit müssen für jedes Medikament Zuzahlungen geleistet werden, die sich stets am aktuellen Listenpreis orientieren.

Verlangt zum Beispiel Pfizer in Deutschland für das Originalpräparat Sortis (Atorvastatin, 10mg, 100 Stück) einen Listenpreis von 110 Euro, muss der Patient in der Apotheke bei einem Festbetrag von rund 14,50 Euro die Differenz von 95,50 Euro plus 5 Euro Zuzahlung, also 100,50 Euro, für das Originalpräparat bezahlen. Entscheidet er sich für ein günstigeres Generikum zum Listenpreis von rund 15 Euro, wären lediglich 5,50 Euro, die 5 Euro Zuzahlung plus eine Differenz von 0,50 Euro, zu bezahlen. Sollte Atorvastatin von Zuzahlungen befreit sein, entfielen diese Beträge für den Patienten.

¹ Viele Medikamente sind jedoch von Festbeträgen ausgenommen, zum Beispiel die meisten patentgeschützten Medikamente. Darüber hinaus werden zahlreiche Medikamente mit Festbeträgen von Zuzahlungen befreit.

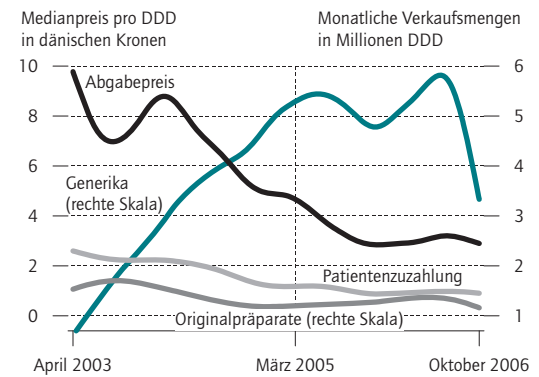
folgt von den Preisen für Generika. Die bisher vorliegenden Studien gingen aber nicht im Besonderen auf die Ausgestaltung der Preisreferenzierung und deren Auswirkungen ein. Darüber hinaus steht eine Quantifizierung der Wohlfahrtseffekte für die Konsumenten aus.

Reform verschärft Preiswettbewerb in Dänemark

Im April 2005 wechselte Dänemark von einem externen hin zu einem internen Referenzierungssystem. Dieses verschärfte den Preiswettbewerb stark. Während das bis 2005 gültige System aufgrund der Notwendigkeit, eine

Abbildung

Preise und Verkaufsmengen in Dänemark vor und nach der Reform



DDD = Daily Defined Dosage der WHO.

Quellen: medicinpriser.dk; Lægemediel Industri Foreningen, LIF; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2014

Mit der Reform endete der kräftige Zuwachs der Generika-Verkaufsmengen.

große Zahl an europäischen Märkten zu beobachten, mit hohem administrativem Aufwand verbunden war, versprach das System interner Preisreferenzierung eine einfachere Umsetzung.⁸ Die Vergleichsgruppen werden in Dänemark, vor und nach der Reform, eng definiert durch Produkte gleicher aktiver Wirkstoffe, Darreichungsform, Dosierungsstärke und Packungsgröße. Ebenso unverändert durch die Reform wird in Dänemark in der Regel der aktive Wirkstoff (nicht der Produktname) verschrieben und in den Apotheken per Verordnung zunächst das günstigste Präparat angeboten.

Die Studie des DIW Berlin untersucht die Effekte der dänischen Reform auf Marktergebnisse wie Preise, nachgefragte Mengen, Ausgaben für das Gesundheitssystem, Einnahmen für die Hersteller sowie die Konsumentenwohl-fahrt. Der Fokus der Analyse liegt auf dem Markt für Statine im Zeitraum von 2003 und 2006. Statine gehören der Klasse cholesterinsenkender Medikamente an, die bei Fettstoffwechselstörungen eingesetzt werden, die Arteriosklerose und koronare Herzkrankheiten

⁸ Zur Komplexität externer Referenzierung: „... considerable resources (human and material) are needed to analyse the price data and in-depth knowledge on pharmaceutical systems are required to identify the same product (different commercial names, dosage forms and packaging in other countries) but also to be able to understand the different prices quoted (different margins, taxes and confidential agreements in other countries) to be compared.“ Zitiert aus Leopold, Christine, Voglera, Sabine Mantel-Teeuwisse, A.K., de Joncheere, Kees Leufkens, H.G.M., Laing, Richard (2012): Differences in external price referencing in Europe—A descriptive overview. Health Policy, 104, 50-60.

Kasten 2

Strukturelle ökonomische Modelle in der Politikevaluation

Die ökonomische Evaluierung politischer Maßnahmen nimmt an Bedeutung zu, sie steht in der Praxis jedoch vor methodischen Herausforderungen. Um die kausalen Effekte einer Maßnahme abzuschätzen, müssen idealerweise zwei zufällig gewählte Gruppen miteinander verglichen werden: die eine, die Untersuchungsgruppe, für die eine Maßnahme von Relevanz ist und die andere, die Vergleichsgruppe, die dieselbe Maßnahme nicht betrifft. In der Regel kann solch eine zufällige Zuteilung einer Maßnahme nur in einem (Feld-)Experiment realisiert werden. Die Vergleichsgruppe dient dem Zweck, die Ergebnisse in der Situation der Einführung der Maßnahme mit der kontrafaktischen Situation zu vergleichen, in der die Maßnahme ausgeblieben wäre.

In vielen Situationen ist solch ein Experiment nicht möglich, die Durchführung zu aufwendig oder die Ergebnisse sind nur schwer in den relevanten, realen Kontext zu übertragen. Mithilfe von aus der ökonomischen Theorie abgeleiteten Annahmen kann dennoch eine kontrafaktische Situation berechnet werden, die einen Vergleich und somit Aussagen über die kausalen Effekte einer Politikmaßnahme ermöglichen.¹ Gleichzeitig werden bei dieser Vorgehensweise ökonomische

Annahmen explizit diskutiert, die zur Interpretation jeder Art von Daten, auch von experimenteller Natur, notwendig sind.²

Für den dänischen Markt für Statine konnte keine quasi-experimentelle Vergleichsgruppe definiert werden, da die evaluierte Reform gleichzeitig für alle Medikamente und Konsumenten durchgeführt wurde. Die Idee in der vorliegenden Studie ist daher, die kontrafaktische Vergleichssituation mithilfe eines ökonomischen Modells zu berechnen, in der die Reform bereits im Zeitraum vor der tatsächlichen Reform stattgefunden hätte. Der Vergleich dieser kontrafaktischen Situation mit den tatsächlichen Marktergebnissen identifiziert die Effekte der Reform. So wurde eine Nutzenfunktion angenommen und deren Parameter in einem flexiblen Modell diskreter Entscheidungen mit nutzenmaximierenden Konsumenten geschätzt.³ Anhand dieses Modells kann die Nachfrage für jedes kontrafaktische Preisgleichgewicht im Markt berechnet werden. Ein einfaches Modell, das die Abgabepreise beschreibt, dient dazu, ebendieses Preisgleichgewicht zu berechnen.

¹ Vgl. Reiss, P.C., Wolak, F.A. (2007): Structural Econometric Modeling: Rationales and Examples from Industrial Organization. Handbook of Econometrics, 6, 4277-4415.

² Vgl. Keane, M. (2010): Structural vs. Atheoretic Approaches to Econometrics. Journal of Econometrics, 156, 3-20.

³ Technische Details können in diesen Arbeiten nachgelesen werden: Kaiser, U., Mendez, S., Rønde, T., Ullrich, H. (2013), a. a. O.; Bery, S., Levinsohn, J., Pakes, A. (1995): Automobile Prices in Market Equilibrium. Econometrica, 63 (4), 841-890.

zur Folge haben können.⁹ Sie sind die meistverkauften Arzneimittel weltweit. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Abgabe- und Zuzahlungspreise sowie der verkauften Mengen für Generika und Originalpräparate in Dänemark vor und nach der Reform.¹⁰ In der Folge der Reform ist eine verstärkte Substitution von Originalpräparaten durch Generika zu beobachten, einhergehend mit fallenden Preisen.

Um Aussagen zu treffen, die über eine Interpretation der grafischen Evidenz hinausgehen, ist eine Theorie der Entscheidungen der Konsumenten im Markt not-

wendig. Die Studie greift auf ein ökonomisches Modell für Konsumentenentscheidungen zurück, das die Präferenzen der Konsumenten anhand einer Nutzenfunktion berücksichtigt (Kasten 2). Anhand von Marktdaten können zugrundeliegende Präferenzparameter und damit das Substitutionsverhalten der Konsumenten geschätzt und ein ökonomisches Maß der Konsumentenwohl-fahrt quantifiziert werden.

Patienten bevorzugen Originalpräparate

Die Ergebnisse zeigen, dass infolge der Reform die Abgabepreise für Generika um durchschnittlich 36 Prozent sanken.¹¹ Parallelimporte wurden durch die Re-

⁹ Statine senken den Anteil von Lipoproteinen niedriger Dichte (LDL) im Blut, indem sie die HMG-CoA-Reduktase, ein Enzym, welches die Synthese von Cholesterin bestimmt, hemmen. Vgl. zum Beispiel Tobert, J.A. (2003): Lovastatin and beyond: The History of the HMG-CoA Reductase Inhibitors. Nature Reviews Drug Discovery, 2, 517-526.

¹⁰ Die Mengeneinheit DDD, *daily defined dosage*, wird von der Weltgesundheitsorganisation definiert und weist die tägliche Dosis eines Medikaments aus.

¹¹ Die vollständigen Ergebnisse sind nachzulesen in Kaiser, U., Mendez, S., Rønde, T., Ullrich, H. (2013), a. a. O.

form rund 28 Prozent niedriger bepreist.¹² Die Preise für Originalpräparate sanken dagegen lediglich um rund zwei Prozent. Entscheidend für die Nachfrage ist die Zuzahlung, die Konsumenten an der Kasse zu leisten haben. Durchgehende Preissenkungen nach der Reform, insbesondere bei Generika, führten zu fallenden Festbeträgen. Die Originalpräparate sind vergleichsweise weniger stark im Preis gesunken. Dies führte zu einer steigenden Zuzahlung für Originalpräparate (24 Prozent) und zu einer fallenden Zuzahlung für Generika (-44 Prozent).

Die Analyse der Konsumentenentscheidungen berücksichtigt insbesondere Präferenzen für verschiedene Produkteigenschaften. Hierzu gehören unter anderem die Zuzahlung, die Marke und der aktive Wirkstoff. Die Ergebnisse zeigen, dass Konsumenten preiselastisch reagieren, also bei einer Auswahl gleicher Produkte immer das preisgünstigere wählen. Der Median der geschätzten Eigenpreiselastizitäten liegt bei -2,52, was bedeutet, dass die Nachfrage eines Produktes bei einer Preiserhöhung um ein Prozent um 2,52 Prozent sinkt.

Ein weiteres Ergebnis der Analyse ist, dass Konsumenten in diesem Markt starke Präferenzen für Originalpräparate haben. Auch Parallelimporte von Originalpräparaten werden inländisch vermarkteten Generika vorgezogen. Diese Ergebnisse entsprechen weitgehend bisherigen Erkenntnissen aus anderen Studien. Die Erklärungen für die Bevorzugung von Originalpräparaten gegenüber Generika reichen von Mangel an Informationen über Alternativen über Wechselkosten aufgrund unterschiedlicher Packungsbeilagen bis hin zur Überzeugung vieler, dass Originalpräparate Generika überlegen seien.¹³

Die Ursache der starken Substitution von Originalpräparaten durch Generika ist die Senkung der Abgabepreise und Zuzahlungen für Generika, die mit einem deutlichen Anstieg der Zuzahlungen für Originalpräparate einherging. Insgesamt sanken damit die jährlichen Ausgaben der Patienten und des dänischen Gesundheitssystems um rund zehn Prozent – beziehungsweise knapp 1,5 und 4,1 Millionen Euro – bei einem Anstieg des Gesamtkonsums von Statinen um rund 13 Prozent.

¹² Als Parallelimporte werden Produkte bezeichnet, die von Zwischenhändlern in Niedrigpreisländern gekauft und mit leicht angepasster Verpackung in einem hochpreisigen Zielland vermarktet werden. Diese Praxis ist in den Mitgliedstaaten der EU legal und betrifft in der Regel Originalpräparate.

¹³ Vgl. Kesselheim, A. S., Misono, A. S., Lee, J. L., Stedman, M. R., Brookhart, A., Choudhry, N. K., Shrank, W. H. (2008): Clinical Equivalence of Generic and Brand-Name Drugs Used in Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300 (21), 2514-2526; Bronnenberg, B. J., Dubé, J.-P., Gentzkow, M., Shapiro, J. M. (2013): Do Pharmacists Buy Bayer? Sophisticated Shoppers and the Brand Premium. Working Paper.

Eine Betrachtung nur der Konsumenten- und Versicherungsausgaben ist jedoch unvollständig: Sie berücksichtigt nicht den Nutzen, den Konsumenten aus dem Kauf von Statinen ziehen. Anhand der spezifizierten Nutzenfunktion kann dieser direkt abgeleitet und der Anstieg der Konsumentenwohlfahrt aufgrund der durch die Reform gesunkenen Preise berechnet werden.

Die Ergebnisse legen nahe, dass die jährliche Konsumentenwohlfahrt um rund sieben Prozent, 850 000 Euro, und damit weniger deutlich steigt, als durch die Senkung der Ausgaben suggeriert. Die Erklärung liegt darin, dass Konsumenten Präferenzen für Originalpräparate haben. Bei höheren Zuzahlungen für Originale führt die optimale Wahl öfters zu Generika, deren empfundener Bruttonutzen, vor Leistung der Zuzahlung, geringer ist. In der Folge steigt die Konsumentenwohlfahrt weniger stark als beim Kauf von als gleichwertig empfundenen Arzneimitteln. Weitere Berechnungen zeigen, dass Informationen über die pharmakologische Gleichwertigkeit von Generika die Konsumentenwohlfahrt maßgeblich steigern könnten; im dänischen Markt war dies um bis zu 36 Prozent beziehungsweise 2,1 Millionen Euro der Fall. Es ist jedoch offen, ob die Bevorzugung von teuren Originalpräparaten einzig durch fehlende Informationen oder weitere schwer zu bemessende Faktoren zu erklären ist.

Fazit

Die Ergebnisse geben Aufschluss über die Bedeutung der Ausgestaltung von Systemen der Preisreferenzierung. Am dänischen Beispiel wird deutlich, dass verhältnismäßig kleine Veränderungen, die nebenbei auch die Verwaltungskosten senken, zu großen positiven Wohlfahrtseffekten führen können. Die Preisbildung und Festbetragsregulierung in Deutschland ist im Vergleich zu Dänemark komplex.¹⁴ Das bestehende System interner Preisreferenzierung wird durch Unter- und Obergrenzen der Zuzahlungen sowie durch Ausnahmeregelungen beschränkt. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen vermuten, dass eine Vereinfachung und uneingeschränkte Anwendung der Preisreferenzierung für alle Produkte den Patienten in Deutschland bei kaum beeinträchtigter Behandlungsqualität starke Anreize zur Generikasubstitution bieten und den Preisdruck für die Hersteller erhöhen würde.

Einschränkend ist anzumerken, dass eine starke Generikasubstitution zu geringeren Innovationsanreizen und ausbleibendem oder verzögertem Markteintritt füh-

¹⁴ Vgl. Herr, A., Suppliet, M. (2012): Pharmaceutical Prices under Regulation: Tiered Co-payments and Reference Pricing in Germany. DICE Working Paper No. 48.

ZUZAHLUNG FÜR MEDIKAMENTE

ren kann.¹⁵ Diese Sorge spielt insbesondere in großen Märkten eine Rolle und trifft somit in einem größeren Maß auf Deutschland zu als auf ein vergleichsweise

15 Vgl. Kyle, M. K. (2007): Pharmaceutical Price Controls and Entry Strategies. *Review of Economics and Statistics*, 89 (1), 88-99.

Hannes Ullrich ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Unternehmen und Märkte am DIW Berlin | hullrich@diw.de

kleines Land wie Dänemark. Allerdings bietet das Patentrecht vielseitige Gestaltungsmöglichkeiten, die es Unternehmen ermöglichen, die Kosten von Forschung und Entwicklung über Gewinne im Markt zu rentabilisieren. Wissenschaftliche Untersuchungen dieser dynamischen Aspekte stehen noch aus.

PRESCRIPTION DRUGS: MARKET-ORIENTED REGULATION OF REFERENCE PRICES REDUCES COSTS

Abstract: Given the growing variety of expensive treatments and drugs, economic sustainability is a particular challenge for healthcare systems with universal insurance coverage. Patient co-payment regimes for prescription drugs are a proven means of cost containment worldwide. However,

there is little empirical evidence on the optimal design of co-payment regulation. A study of the effects of a regulatory reform on pharmaceutical demand and expenditures in Denmark shows how market-oriented regulation can lead to substantial savings for consumers and healthcare systems.

JEL: I18, C23

Keywords: pharmaceutical markets, regulation, co-payments, reference pricing



Dr. Hannes Ullrich, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Abteilung Unternehmen und Märkte am DIW Berlin

SECHS FRAGEN AN HANNES ULLRICH

»Zuzahlung bei verschreibungspflichtigen Medikamenten: Dänisches System könnte Vorbild sein«

1. Herr Ullrich, eine Studie am DIW befasst sich mit einer Reform der Zuzahlung für verschreibungspflichtige Medikamente in Dänemark. Wo liegen die Unterschiede zwischen dem deutschen und dem dänischen System der Zuzahlung? Das Zuzahlungssystem in Dänemark ist mittlerweile sehr viel einfacher gestaltet als in Deutschland. In Deutschland gibt es eine ganze Reihe an Ausnahmeregelungen, und es gibt unterschiedliche Stellen entlang der Distributionskette, an der die Preise beeinflusst werden können. In Dänemark zahlt der Konsument in der Apotheke die Differenz zwischen dem Abgabepreis eines Medikaments und einem niedriger definierten Festbetrag. Dieser niedriger definierte Festbetrag definiert sich durch inländische Konkurrenzprodukte. Das heißt, Konkurrenten haben gegenseitig relativ starke Anreize, ihre Preise niedrig zu setzen. In Deutschland wird diese Preissetzung durch Konkurrenzprodukte nur für relativ wenige Medikamente verwendet. Für eine ganze Reihe von Medikamenten orientiert sich die Berechnung der Festpreise an ausländischen Abgabepreisen. Die Berechnung wird teils auch durch kompliziertere Mechanismen zum Beispiel in Zusammenarbeit mit Interessenvertretern getroffen.
2. Wie viel müsste ein dänischer Kunde dazu bezahlen, wenn ein Generikum zum Beispiel zehn Euro und das entsprechende Originalpräparat 15 Euro kostet? Es werden nur bis zu 80 Prozent des günstigsten Preises erstattet. Das heißt, wenn man das günstigere Generikum für beispielsweise zehn Euro nimmt, muss man noch zwei Euro und für das 15 Euro teure Originalpräparat entsprechend sieben Euro dazu bezahlen.
3. Wie stark wurde das dänische Gesundheitssystem durch die Reform entlastet? Wir beobachten, dass das dänische Versicherungssystem durch die Reform in dem analysierten Markt für Statine jährlich zehn Prozent an Kosten einspart. Das entspricht circa vier Millionen Euro. Gleichzeitig sparen die Konsumenten jährlich circa zehn Millionen Dänische an Zuzahlungen ein, was einer guten Million Euro entspricht. Für ein kleines Land wie Dänemark sind das beträchtliche Summen.
4. Welche Auswirkung hat die Höhe der Zuzahlung auf den Preis des Medikaments? Wir beobachten sehr starke Abgabepreissenkungen für Generika und auch für Parallelimporte. Das sind Produkte, die in anderen Ländern gekauft und mit einer gewissen Gewinnmarge wiederverkauft werden. Wir sehen aber auch, dass Originalpräparate relativ unveränderte Abgabepreise haben. Für den Konsumenten in der Apotheke werden Originalpräparate daher sehr viel teurer. Die Nachfrage für Generika ist daher sehr stark gestiegen.
5. Inwieweit geraten die Hersteller von Originalpräparaten dadurch unter wirtschaftlichen Druck? In unserer Studie schauen wir uns ein relativ kleines Land an und können daher sagen, dass der wirtschaftliche Umfang für ein global forschendes und vertreibendes Unternehmen nicht ganz so groß ist. Wenn man jetzt aber über Länder wie die USA oder vielleicht auch Deutschland redet, sind natürlich größere Summen im Spiel. Gleichzeitig sind aber neue Originalpräparate einige Jahre patentrechtlich geschützt und damit auch die Gewinne an diesen Präparaten.
6. Taugt das dänische Zuzahlungssystem als Vorbild für Deutschland? Ich denke schon. In Deutschland stehen viele Produkte unter Rabattvertrag. Das heißt, gesetzliche Krankenversicherer verhandeln mit Herstellern direkt über Preise und bekommen dann bestimmte Mengen für günstigere Preise. Das bekommen aber die Konsumenten nicht immer direkt mit. Das heißt, deren Nachfrageverhalten wird davon nicht beeinflusst. Gleichzeitig werden beispielsweise viele Medikamente, die unter Rabattverträgen stehen, von Zuzahlungen ausgenommen. Ich könnte mir vorstellen, dass man das Zuzahlungssystem in Deutschland auf sehr viel mehr Medikamente oder sogar auf alle Medikamente ausweitet. Damit würde man dem Konsumenten bei jeder Kaufentscheidung das Signal geben, dass er je nach Produktwahl unterschiedliche Kosten verursacht.

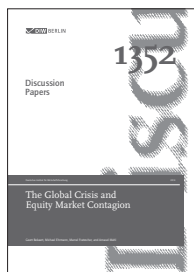
Das Gespräch führte Erich Wittenberg.



Das vollständige Interview zum Anhören finden Sie auf www.diw.de/interview

Discussion Papers Nr. 1352

2014 | Geert Bekaert, Michael Ehrmann, Marcel Fratzscher and Arnaud Mehl



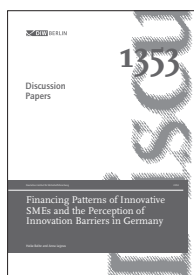
The Global Crisis and Equity Market Contagion

We analyze the transmission of the financial crisis of 2007 to 2009 to 415 country-industry equity portfolios. We use a factor model to predict crisis returns, defining unexplained increases in factor loadings and residual correlations as indicative of contagion. While we find evidence of contagion from the U.S. and the global financial sector, the effects are small. By contrast, there has been substantial contagion from domestic markets to individual domestic portfolios, with its severity inversely related to the quality of countries' economic fundamentals. This confirms the "wake-up call" hypothesis, with markets focusing more on country-specific characteristics during the crisis.

www.diw.de/publikationen/diskussionspapiere

Discussion Papers Nr. 1353

2014 | Heike Belitz and Anna Lejpras



Financing Patterns of Innovative SMEs and the Perception of Innovation Barriers in Germany

We analyze the role of public support in the financing pattern of R&D in German SMEs and their assessment of financing conditions in the context of other framework conditions for innovation. In Germany, there is a diversity of overall well-funded technology-neutral and technology-specific programs providing grants to R&D and innovation projects. Different types of SMEs access public funding for R&D and innovation activities to varying degrees. Using an extensive sample of 2,700 German SMEs that participated in public R&D promotion programs during the 2005–2010 period, we identify four groups of companies with different patterns of public and private sources of R&D finance, such as own capital, grants, private and subsidized loans. The firms in our sample are generally positive about public financing of R&D in Germany in 2010. Despite the different funding patterns, we find only slight variations in this assessment across the four groups of subsidized SMEs. Nevertheless, medium-sized R&D companies (often with external equity investment) that have to finance the market introduction of innovations without a track record, appear to suffer from deficiencies in the provision of loans. Further, the companies perceive obstacles to innovation primarily in the non-financial sphere, namely the supply of skilled personnel, market regulation and competition conditions. Therefore, future work on innovation policies for SMEs should put greater emphasis on the non-financial external framework conditions for firm R&D and innovative activities.

www.diw.de/publikationen/diskussionspapiere



Dr. Claus Michelsen
ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter
in der Abteilung Konjunkturpolitik.
Der Beitrag gibt die Meinung des Autors
wieder.

Die Mietpreisbremse – Kunstfehler mit Langzeitfolgen?

Medizin muss bitter schmecken, sonst nützt sie nichts! Gemessen an diesem Zitat, verteilt die Bundesregierung mit ihrem jüngsten Vorstoß zur Mietpreisbremse nicht viel mehr als ein süßes Globulus an die Bewohner urbaner Großstadtlagen. Dies, obwohl die Lage in der öffentlichen Debatte mit explodierenden Mieten und zerrissenen Quartiersstrukturen oftmals als dramatisch beschrieben wird. Dem entgegenwirken soll laut Referentenentwurf aus dem federführenden Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz die Deckelung der Wohnungsmiete bei Wiedervermarktung auf maximal zehn Prozent über dem ortsüblichen Niveau. Etwaige Maklergebühren soll derjenige bezahlen, der diese Dienstleistung bestellt, und in einer weiteren Stufe soll die Modernisierungumlage so geregelt werden, dass sie die entstehenden Mehrkosten auf ein für die Mieter verträgliches Maß begrenzt.

Diese Eingriffe sind – darin herrscht weitgehend Einigkeit unter den Experten – aber weder notwendig, noch erreicht man damit eine Lösung des eigentlichen Problems – Wohnungsmangel. Letzteres, das gibt das Ministerium erstaunlicherweise selbst bekannt, sei auch gar nicht beabsichtigt. Dies würde man über eine aktive Liegenschaftspolitik, eine forcierte Brachflächenaktivierung in Innenstadtlagen und eine zielgenaue Förderung erreichen. Gleichwohl würden die getroffenen Maßnahmen den Mietanstieg dämpfen, ohne Investitionen in den Wohnungsbau zu behindern.

Trotzdem war der Aufschrei in der Wohnungswirtschaft nach Bekanntwerden des Entwurfs groß, vor allem, da sie die im Koalitionsvertrag angelegte zeitliche Befristung der Regulierung auf fünf Jahre nicht wiederfand. Der dringend benötigte Neubau würde sich damit nicht rentieren und die Wohnungsnot auf lange Sicht verschärft werden. Da Mieten im Neubau aber frei verhandelbar sind, bei Wiedervermietung nicht gesenkt werden müssen und die durchschnittliche Dauer von Mietverhältnissen in Deutschland bei rund neun Jahren liegt, dürften diese Sorgen weitgehend unbegründet bleiben.

Der eigentliche Knackpunkt sind aber die noch ausstehenden Regelungen zur Modernisierungumlage und deren Rückwirkungen auf die Sanierungstätigkeit in den rund vier Millionen betroffenen Wohnungen – gut einem Fünftel des Bestands. Die einschlägige Vereinbarung im Koalitionsvertrag sieht die Umlagefähigkeit der Modernisierungskosten bis zu ihrer Amortisation vor. Die Folgen hängen stark davon ab, in welcher Höhe das eingesetzte Kapital verzinst werden darf. Werden entsprechende Erträge zu stark gedeckelt und verzichtet man darüber hinaus nicht auf eine zeitliche Befristung der Regelung, dann könnte sich dieser Teil der Therapie als Kunstfehler mit Langzeitfolgen nicht nur für die Wohnraummodernisierung erweisen, sondern mehr noch für ein wichtiges Vorhaben wie die Energiewende. Gerade die dringend gewünschte energetische Sanierung ist in den allermeisten Fällen nur umsetzbar, wenn sie an eine umfassende Gebäudemodernisierung gekoppelt ist. Werden Maßnahmen im bewohnten Bestand – was in Deutschland der Regelfall ist – durch die Mietpreisbremse unterbunden, dürfte die ohnehin viel zu niedrige Rate der energetischen Sanierung weiter sinken. Mittelfristig würde somit nicht nur die Gebäudequalität sinken, sondern es würden auch die Ziele des Energie- und Klimakonzepts sowie des altersgerechten Umbaus in Gefahr geraten.

Es ist kaum nachvollziehbar und in Anbetracht der knappen Mittelausstattung der Förderprogramme wenig glaubhaft, dass die nach Einführung der Mietpreisbremse fehlenden Modernisierungsanreize mit öffentlichen Zuschüssen für die energetische Sanierung und den altersgerechten Umbau kompensiert werden können. Jüngste Äußerungen der für den Wohnungsbau zuständigen Ministerin lassen zwar hoffen, dass diese Einschätzung noch in letzter Minute den Weg in den politischen Willensbildungsprozess findet. Dann wird sich zeigen, ob sich die Verantwortlichen für einen kurzfristigen politischen Erfolg oder für eine nachhaltige Wohnungspolitik entscheiden.