

GESUNDHEITSREFORM IN DEUTSCHLAND

1. Das deutsche Gesundheitssystem	230
2. ... und die Rolle der Gewerkschaften	232
3. Die Gesundheitsreform 2007	233
4. Auswirkungen auf die abhängig Beschäftigten .	236

Auszug aus WISO 1/2009

isw

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Volksgartenstraße 40

A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43(0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: wiso@akooe.at

Internet: www.isw-linz.at

Knut Lambertin

**Referatsleiter
Gesundheitspolitik
beim Bundesvorstand
des Deutschen
Gewerkschaftsbundes**

1. Das deutsche Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem ist weiterhin gekennzeichnet durch die starke Trennung der ambulanten und der stationären Krankenversorgung. Die Integration beider Sektoren ist weiterhin ein Anliegen wesentlicher Akteure in der deutschen Gesundheitspolitik. Daher macht sie zwar Fortschritte, ist jedoch immer noch keine Regelversorgung. Die ambulante Versorgung erfolgt weitgehend durch freiberuflich tätige Ärzte, auch immer mehr über medizinische Versorgungszentren, in denen die Ärzte abhängig beschäftigt sind. Krankenhäuser, getragen von der öffentlichen Hand, frei-gemeinnützigen Trägern oder privaten Eigentümern, bilden das Rückgrat der stationären Kuration.

*Vollversicherung
sowohl durch
gesetzliche
Krankenkassen
als auch durch
private Finanz-
dienstleister*

Besonders sticht im deutschen Gesundheitssystem hervor, dass die Vollversicherung gegen die finanziellen Risiken einer Erkrankung sowohl durch gesetzliche Krankenkassen als auch durch private Finanzdienstleister erfolgt. Nahezu 90 Prozent der Bevölkerung sind Mitglieder oder Familienmitversicherte der gesetzlichen Krankenkassen. Arbeitnehmer, d. h. Angestellte oder Arbeiter sowie Rentner, und ihre Angehörigen ohne eigenes Einkommen sind bis zur Versicherungspflichtgrenze von aktuell 48.600 Euro im Jahr Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenkassen. Jedoch wird bei der Bemessung der Beiträge nur das Einkommen des Mitgliedes bis zu einer Höhe von 44.100 Euro jährlich (Beitragsbemessungsgrenze) berücksichtigt. Der einheitliche Beitragssatz wird derzeit im Zuge des Konjunkturpakets II der Bundesregierung auf 14 Prozent festgesetzt, die paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu entrichten sind. Dazu kommen noch 0,9 Prozent, die für Zahnersatz und Krankengeld seit 1. Juli 2005 alleine vom Arbeitnehmer zu entrichten sind.¹

Jenseits der Versicherungspflichtgrenze haben die Arbeitnehmer weiterhin die Möglichkeit, sich weiterhin freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenkasse zu versichern oder zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV-Unterneh-

men) wie der Allianz zu wechseln. Beamte besitzen de facto keine Wahlmöglichkeit, da für sie der Arbeitgeber (Dienstgeber) nicht die Arbeitgeberbeiträge zur gesetzlichen Krankenkasse entrichten muss. Dies bedeutet, dass Beamte die Kosten für eine freiwillige gesetzliche Krankenversicherung vollständig allein zu tragen haben. Dementsprechend gehören sie ebenfalls wie Selbstständige zu den etwa acht Millionen Kunden der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Die Prämienätze sind jedoch je nach Vorerkrankung, Geschlecht und Sterblichkeitsrate recht unterschiedlich.² Ein Wechsel zurück zu einer gesetzlichen Krankenkasse ist in den meisten Fällen dann nicht mehr möglich.

Die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit erfolgt über die Pflegeversicherung, die durch einen einheitlichen Beitragssatz von 1,7 Prozent zu bezahlen ist. Formal wird dieser paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Tatsächlich aber haben die abhängig Beschäftigten bei der Einführung 1995 auf einen arbeitsfreien gesetzlichen Feiertag verzichtet, den Buß- und Betttag. Die Organisation erfolgt über die Pflegekassen, die überwiegend der gesetzlichen Krankenkasse sowie dem privaten Krankenversicherungsunternehmen zugeordnet sind.³

Pflegeversicherung

Im Jahr 2006 wurden in Deutschland 245 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben. Weit überwiegend werden diese Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung und von anderen Sozialversicherungszweigen sowie den privaten Assekuranzen getragen.⁴ Im Gesundheitsbereich sind aktuell etwa 4,3 Millionen Menschen beschäftigt.

*245 Milliarden
Euro für
Gesundheit*

Damit ist der Gesundheitsbereich der größte Wirtschaftsbereich, der weitgehend politisch gesteuert wird. Insgesamt kennt die deutsche Gesundheitspolitik drei Steuerungsinstrumente: den Staat, den Wettbewerb und die Selbstverwaltung. Letztere folgt dem Leitbild der Subsidiarität in den Sozialversicherungen.⁵ Das bedeutet für den Gesundheitsbereich insgesamt, dass dort die Steuerung wesentlich durch

drei Steuerungsinstrumente

die gemeinsame Selbstverwaltung, bestehend aus gesetzlichen Krankenkassen, Ärzten und Krankenhäusern, im sog. Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt. Die gesetzlichen Krankenkassen werden in grundlegenden Fragen von Verwaltungsräten gesteuert, die meist paritätisch von Versicherten und Arbeitgebern ehrenamtlich besetzt werden. In wenigen Fällen, bei den Ersatzkassen, werden die Verwaltungsräte noch allein von den Versicherten bestimmt. In der Bundesknappschaft besteht der Verwaltungsrat zu zwei Dritteln aus Versichertenvertretern und zu einem Drittel aus Arbeitgebervertretern.⁶ Die Verwaltungsräte entscheiden insbesondere über den Haushalt, wählen die Mitglieder des hauptamtlichen Vorstandes und beschließen die Satzung der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse.⁷

2. ... und die Rolle der Gewerkschaften

*Deutscher
Gewerkschaftsbund*

Im Gegensatz zu Österreich gibt es in Deutschland nur in zwei Bundesländern Arbeitnehmerkammern, im Saarland und in Bremen. Die Gewerkschaften treten zu den Wahlen der Versichertenvertreter in den Verwaltungsräten der gesetzlichen Krankenkassen mit eigenen Listen an. Die überwiegende Anzahl der Selbstverwalter in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind Gewerkschafter. Dies unterscheidet die Gewerkschaften in ihrem gesundheitspolitischen Engagement von sog. Lobbygruppen im deutschen Gesundheitswesen. Der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) setzt sich sowohl – die Nettoealohnentwicklung berücksichtigend – für die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems ein als auch für eine hohe Qualität der gesundheitlichen Versorgung. So unterscheidet er sich von anderen Interessengruppen, wie den Sozial- und den Wohlfahrtsverbänden. Der DGB erhebt den Anspruch, im Interesse der abhängig Beschäftigten die Gesundheitspolitik sowie die Aufwendungen für Gesundheitsvorsorge mitzugestalten. Bemerkenswert ist, dass der DGB von manchen anderen Akteuren im politischen Raum behandelt wird wie beispielsweise der Verband Forschender Arzneimittelhersteller.⁸

Da das deutsche Gesundheitssystem vor allem auf der Einnahmenseite kränkelt, fordert der DGB im Interesse der Arbeitnehmer seit längerem eine Reform der Finanzierung der GKV durch die Einführung einer Bürgerversicherung. Die gesetzlichen Krankenkassen haben durch die wachsende Arbeitslosigkeit, die Abnahme sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und mäßige Lohnsteigerungen in den vergangenen Jahren weniger Beiträge eingenommen. Die Antwort der Gewerkschaften war, auch um den für die GKV ruinösen Wettbewerb mit den PKV-Unternehmen zu beenden, die Forderung nach einer Bürgerversicherung. Deren Kernstück sind die Überführung der bisherigen PKV-Kunden in die GKV sowie die Berücksichtigung weiterer Einkommensarten, wie Kapital- und Zinseinkünfte, bei den Beiträgen. Des Weiteren müssen die gesellschaftspolitischen Leistungen, mit der die GKV im Laufe der Jahre vom Gesetzgeber beauftragt wurde, durch staatliche Zuschüsse finanziert werden. So gehören niedrigere Beiträge für Langzeitarbeitslose nicht zum Versicherungsschutz der GKV, belasten sie aber mit mindestens vier Milliarden Euro. Auch die Qualität der gesundheitlichen Versorgung muss nach Auffassung des DGB erhöht werden, da seit Jahren der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zu dem Ergebnis gelangt, dass in Deutschland ein Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung existiere.⁹ Dazu gehört die Überwindung der Sektorengrenzen durch die Einführung der integrierten Versorgung als Regelversorgung.¹⁰

Bürgerversicherung

*Nebeneinander
von Unter-,
Über- und
Fehlversorgung*

Insgesamt hat die Gesundheitsreform 2007 erhebliche Machtverschiebungen mit sich gebracht, deren Auswirkungen auf die Gewerkschaften und auf die Arbeitnehmer allgemein noch anhalten.

3. Die Gesundheitsreform 2007

Im Jahr 2005 fanden vorzeitig Bundestagswahlen in Deutschland statt. Einer der wesentlichen Punkte der Auseinandersetzung der großen Parteien, Sozialdemokratische Partei

Kopfpauschale
Bürgerversicherung

Deutschlands (SPD) und Christlich-Demokratische Union/Christlich-Soziale Union (CDU/CSU), war die künftige Finanzierung der GKV. Die Unionsparteien haben die Einführung einer sog. Kopfpauschale beschlossen, das heißt die Einführung von pauschalen Beiträgen zur GKV unabhängig vom Verdienst des Versicherten. Der Sozialausgleich sollte über das Steuersystem erfolgen. Auf der anderen Seite stand die SPD mit einem Bürgerversicherungsmodell, das den Modellen des DGB, des BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN und der Partei DIE LINKE, vormals PDS, ähnelt. Diese Auseinandersetzung trug zum Aufholen der SPD gegenüber CDU/CSU bei und führte dann zu der Situation, dass seit Herbst 2005 Deutschland von einer Großen Koalition regiert wird.

Dies waren die Voraussetzungen für die von allen Akteuren als notwendig erachtete Gesundheitsreform als Reform der Finanzierung. Jene Reform der Finanzierung wurde dann im Koalitionsvertrag zwischen SPD, CDU und CSU als Schwerpunkt der Gesundheitspolitik in dieser Wahlperiode vereinbart.¹¹

Tatsächlich wurden am 3. Juli 2006 Eckpunkte der Koalition zur Gesundheitsreform veröffentlicht, die sich nur unwesentlich von dem am 2. Februar 2007 vom Deutschen Bundestag beschlossenen Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) unterscheiden.¹² Darin war jedoch keine grundlegende Reform der Finanzierung im Sinne von Ausgaben und Einnahmen vorzufinden, sondern eine Reform der Finanzströme.

Gesundheitsfonds

Kernstück der Reform ist nun ein Gesundheitsfonds, in dem alle Beiträge der gesetzlich Versicherten und der Arbeitgeber gesammelt werden. Hier herein fließt auch der steuerfinanzierte Bundeszuschuss von zunächst 2,5 Mrd. Euro als Ausgleich für die gesellschaftspolitischen Leistungen. Dieser Ausgleich soll jährlich um weitere 1,4 Mrd. Euro bis auf 14 Mrd. Euro anwachsen. Die Höhe des Beitragssatzes wird nicht mehr durch den einzelnen Verwaltungsrat einer Krankenkasse,

sondern von der Bundesregierung beschlossen. Sollte eine Kasse nicht mit den Zuweisungen aus dem Fonds auskommen, kann die Kasse einen Zusatzbeitrag entweder pauschal oder einkommensabhängig nehmen, der allein vom Versicherten zu zahlen ist. Nur für das Startjahr 2009 gilt die gesetzliche Zusage, dass der Fonds mit 100 Prozent der Ausgaben der Krankenkassen ausgestattet wird. Danach muss eine Anpassung erst wieder erfolgen, wenn der Fonds unter 95 Prozent der Ausgaben fällt. Zwischen den Krankenkassen wird bezüglich der unterschiedlichen Versichertenstruktur ein morbiditätsorientierter Finanzausgleich etabliert (s. Abbildung 1).



ate Kranken-
 unmögliche
 ehmen wird
 rnehmen ei-

PKV-
 Unternehmen

nen sog. Basistarif anbieten, der den Leistungen der GKV entspricht und bis zu deren Höchstbetrag Prämien von ca. 500 Euro monatlich kosten darf. Der Wechsel von der GKV zu einem privaten Finanzdienstleister wird erschwert, indem nun drei Jahre lang hintereinander die Versicherungspflichtgrenze überschritten werden muss.

In die GKV werden vermehrt Wahltarife eingeführt, die sich zum einen auf besondere Versorgungsformen, wie hausarztzentrierte Versorgung, oder zum anderen auf Boni-Zahlungen und Selbstbehalte beziehen.

Versicherungspflicht

De jure wird eine Versicherungspflicht eingeführt, um etwa 200.000 nicht versicherten Personen eine Rückkehr in die GKV oder zu einem PKV-Unternehmen zu ermöglichen.¹³

Im Zuge des GKV-WSG wird beschlossen, dass alle Krankenkassen künftig insolvent werden können. Das Weitere sollte in einem neuen Gesetz geregelt werden, das dann 2008 als Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) beschlossen worden ist.

4. Auswirkungen auf die abhängig Beschäftigten

Aushöhlung des Solidarprinzips

Bereits während des Reformprozesses hatte der DGB massiv die Eckpunkte der Großen Koalition und GKV-WSG kritisiert. Denn das Gesetz trägt nicht dazu bei, das Kernproblem der unzureichenden Finanzierung der GKV zu lösen, denn die Einnahmehausfälle der Krankenkassen durch die hohe Arbeitslosigkeit und den Rückgang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung werden nicht gestoppt. Die Aushöhlung des Solidarprinzips durch das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung wird nicht beendet, denn statt zu einem fairen Finanzausgleich zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung zu kommen, halten durch die Gesundheitsreform 2007 Elemente der privaten Krankenversicherung Einzug in das System der gesetzli-

chen Krankenkassen. Das gilt zum Beispiel für die neuen Wahltarife. Hier soll Geld an Junge und Gesunde zurückfließen, das den Krankenkassen anschließend bei der Versorgung Kranker fehlen wird.

Durch den Gesundheitsfonds, das Kernelement der Gesundheitsreform, wird sich die Finanzkrise des Gesundheitssystems sogar noch weiter verschärfen. Schließlich ist absehbar, dass die Krankenkassen mit dem Geld, das sie aus dem Fonds für jede/n Versicherte/n erhalten werden, nicht auskommen. Der Anstieg der Arbeitslosigkeit durch die Finanzmarktkrise wird ebenso dazu beitragen. Die Kassen stehen dann vor der Wahl, entweder ihre Mitglieder einseitig durch zusätzliche Beiträge zu belasten oder ihre Leistungen massiv einzuschränken. Verlierer werden in jedem Fall die Versicherten sein, das heißt die Arbeitnehmer. Denn sie müssen alleine für die Zuzahlungen aufkommen, während der Beitrag der Arbeitgeber unverändert bleibt. Oder sie erhalten – trotz steigender Beiträge – immer weniger Leistungen von ihrer Krankenkasse, da mit dem GKV-WVG immer mehr betriebswirtschaftliche Elemente bei den GKV-Trägern Einzug halten. Kostensenkung gehört zu den primären betriebswirtschaftlichen Logiken. Zudem werden in Zukunft noch mehr Besserverdienende versuchen, sich durch den Wechsel in eine private Krankenversicherung dem Solidarbeitrag für chronisch Kranke und schlecht Verdienende zu entziehen.

*Finanzkrise des
Gesundheitssystems*

Obwohl die letzte Gesundheitsreform massive Veränderungen für die Arbeitnehmer mit sich bringt, muss der Zusammenhang mit anderen Gesetzesänderungen hergestellt werden, um das Bild zu vervollständigen. Schließlich „sind die Veränderungen in der Gesundheitspolitik eher schleichend“.¹⁴

In der Reform 2003 wurde dem Einnahmenproblem dadurch begegnet, dass die Versicherten und damit die Arbeitnehmer einseitig belastet wurden. Die Einführung von Praxisgebühren von 10 Euro pro Quartal und erhöhte Zuzahlungen dienen hierfür als Beispiel. Auch Krankengeld und Zahnersatz werden

*Praxisgebühren
und erhöhte
Zuzahlung*

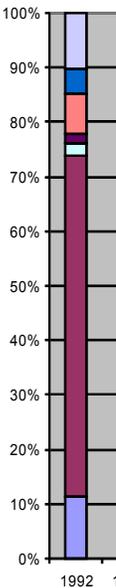
seither einseitig von den abhängig Beschäftigten getragen; seit 2005 durch die 0,9 Prozent Sonderbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung, der allein von den Versicherten zu tragen ist.¹⁵

Prozess der steigenden Belastungen für die Arbeitnehmer

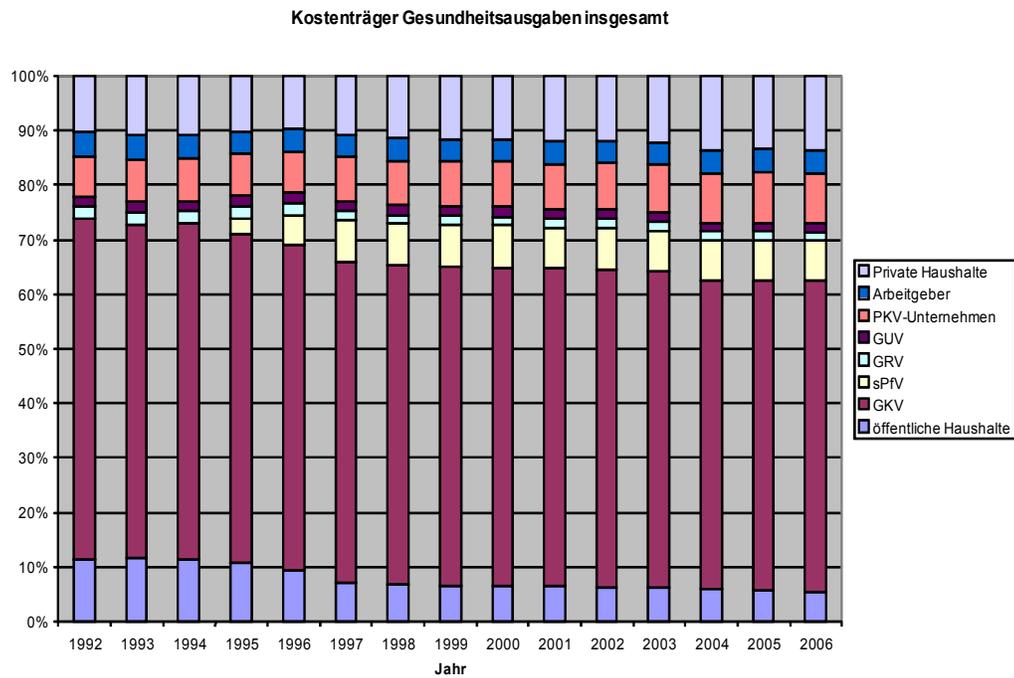
Charakteristisch für den schleichenden Prozess der steigenden Belastungen für die Arbeitnehmer sind jedoch kleine Maßnahmen, die jeweils bei einem Ausgabenvolumen von 245 Mrd. Euro im Jahr 2006 unerheblich erscheinen. Mit dem GKV-WSG wurden der Impfschutz der Bevölkerung und damit seine Kosten den gesetzlichen Krankenkassen aufgebürdet. Vorher war dafür der öffentliche Gesundheitsdienst der Bundesländer zuständig. Mit dem GKV-OrgWG wurden die Bundesländer aus der Haftung für die Schulden ihrer jeweiligen Krankenkassen entlassen, obwohl diese vielfach auf Druck des aufsichtführenden Landes entstanden waren, beispielsweise damit vor Wahlen keine Beitragserhöhungen stattfanden. Für diese Schulden sind nun alle Krankenkassen und damit die Versichertengemeinschaft haftbar. Die Versicherungspflicht gestaltet sich de facto so, dass säumigen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr gekündigt werden kann. Allein bei einer Krankenkasse im Bundesland Hessen soll es 35.000 Versicherte dieser Art geben. Während früher die Kommunen und Länder für deren Heilbehandlung aufkommen mussten, ist es nun die Versichertengemeinschaft.

Ausgabenentwicklung

Insgesamt ist die Statistik über die Ausgabenentwicklung beredtes Zeugnis für die Finanzlastverschiebung zu Lasten der Beitragszahler zu den Sozialversicherungen und den privaten Haushalte, vor allem also zu Lasten der Arbeitnehmer.



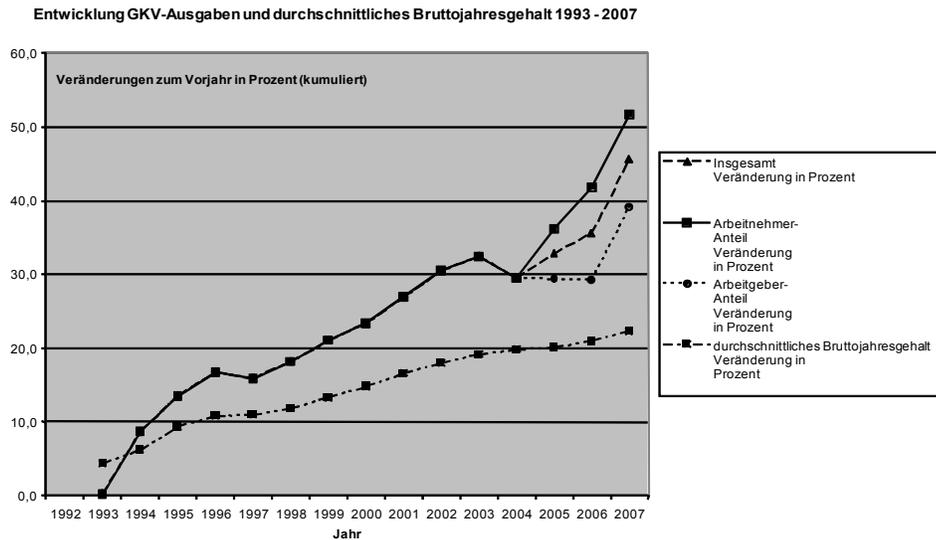
(s. Abbildung 2)¹⁶



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Grafik: Knut Lambertin

Noch deutlicher wird die unterschiedliche Belastung durch einen Vergleich der Belastungen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer durch die Beiträge zur GKV im Verhältnis zur Lohnentwicklung.

(s. Abbildung 3)



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Grafik: Knut Lambertin

Gesamtschau Insgesamt kann resümiert werden, dass in der Gesamtschau der Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre folgende Tendenz deutlich wird: Der Staat reduziert seine gesundheitspolitischen Kosten zu Lasten der Beitragszahler, überwiegend der Arbeitnehmer. Sollten die Finanzen der GKV in Bedrängnis geraten, werden Leistungen ausgegliedert, das heißt meist privatisiert. Dies bedeutet eine höhere Belastung der privaten Haushalte, vor allem der abhängig Beschäftigten. Andererseits zieht der Staat immer mehr Steuerungskompetenzen an sich, auf Kosten der Versicherten und ihrer Vertretungen.

Vom gewerkschaftlichen Standpunkt betrachtet, war keine Gesundheitsreform so wirkungsmächtig wie die von 2007, obwohl sie in der Öffentlichkeit eine so geringe Beachtung erfahren hat.¹⁷ Dennoch muss in diesem Wahljahr eine neue Auseinandersetzung um den richtigen Weg bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Betracht gezogen werden.

Anmerkungen:

- 1 vgl. Bäcker, G./Naegele, G./Bispinck, R./Hofemann, K./Neubauer, J., Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Bd. 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste, Wiesbaden 2008, 4. grundlegend überarbeitete und erweiterte Ausgabe, S. 125ff.
- 2 vgl. Lambertin, K., Der „Mythos PKV“ hat gewirkt: Private Krankenversicherungen bleiben als Vollversicherer im Geschäft. in: Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.): Soziale Sicherheit. Zeitschrift für Arbeit und Soziales, 55. Jg., Nr. 7/2006, Frankfurt am Main 2006, S. 223ff.
- 3 vgl. Bäcker, G./Naegele, G./Bispinck, R./Hofemann, K./Neubauer, J., Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Bd. 2: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste, a. a. O., S. 181ff.
- 4 vgl. Gesundheitsausgabenrechnung, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn. auf: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/i43400994/41124768#SOURCES (abgerufen am: 25. Februar 2009).
- 5 i. e. „Subsidiarität meint eine Zuständigkeitsvermutung der kleineren Einheit, gegenüber größeren, soweit die kleinere in der Lage ist, das Problem selbstständig zu lösen. Gleichzeitig soll bei Problemen, die kleine Einheiten überfordern, die übergeordnete Ebene unterstützend (= »subsidiär« in der urspr. lateinischen Wortbedeutung) tätig werden.“ (Kreuger, K./Sendler, J., Die gesetzliche Krankenversicherung. in: Engelen-Kefer, U. (Hrsg.), Handbuch für Selbstverwalter. Die Arbeit in der Renten-, Kranken-, Pflege-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung, Frankfurt am Main 2006, S. 51–84, S. 82.)
- 6 vgl. Simon, M., Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Bern 2008, 2., vollständig überarbeitete Auflage, S. 124ff.
- 7 vgl. Kreuger, K./Sendler, J., Die gesetzliche Krankenversicherung. in: Engelen-Kefer, U. (Hrsg.), Handbuch für Selbstverwalter. Die Arbeit in der Renten-, Kranken-, Pflege-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung, Frankfurt am Main 2006, S. 51–84.
- 8 vgl. Lambertin, K., Die Gewerkschaften und die Gesundheitsreform 2007. in: Schroeder, Wolfgang/Paquet, Robert (Hrsg.): Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform, Wiesbaden 2009, S. 204–210.
- 9 vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Kurzfassung des Gutachtens 2007, Bonn Juli 2007, S. 9ff.
- 10 vgl. Deutscher Gewerkschaftsbund, Informationen zur Sozialpolitik, Ausgabe 1/2006, Berlin 2006.
- 11 vgl. Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, Berlin 11. November 2005, S. 102f.
- 12 vgl. Anhang: Vergleich: „Eckpunkte“ und GKV-WSG in: Schroeder, Wolfgang/Paquet, Robert (Hrsg.): a. a. O., S. 256–261.
- 13 vgl. Paquet, R./Schroeder, W., Gesundheitsreform 2007 – Akteure, Interessen und Prozesse. in: Schroeder, Wolfgang/Paquet, Robert (Hrsg.): a. a. O., S. 11–29, S. 22f.
- 14 Paquet, R./Schroeder, W., Gesundheitsreform 2007 – Akteure, Interessen und Prozesse. in: Schroeder, Wolfgang/Paquet, Robert (Hrsg.): a. a. O., S. 11–29, S. 11

15 vgl. a. a. O., S. 14.

16 GUV = Gesetzliche Unfallversicherung, GRV = gesetzliche Rentenversicherung, sPfV = soziale Pflegeversicherung

17 vgl. Lambertin, K., Die Gewerkschaften und die Gesundheitsreform 2007, a. a. O., S. 210.

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter www.isw-linz.at)

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter www.isw-linz.at.



Oberösterreich

BESTELLSCHEIN*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
- 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: www.isw-linz.at

Name _____

Institution/Firma _____

Straße _____

Plz/Ort _____

E-Mail _____

BESTELLADRESSE:

ISW
Volksgartenstraße 40, A-4020 Linz
Tel. ++43/732/66 92 73
Fax ++43/732/66 92 73-28 89
E-Mail: wiso@akooe.at
Internet: www.isw-linz.at