

Prof. Dr. Volker Ulrich  
Dr. Udo Schneider  
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III  
insb. Finanzwissenschaft

**Ausgestaltung und Finanzierung des sozialen Ausgleichs  
im Rahmen des Steuersystems -  
Baustein für einen wettbewerblichen Systemwechsel  
in der Krankenversicherung**

**Kurzgutachten  
im Auftrag des  
Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e.V.  
(VFA)**

Bayreuth, März 2004

## 1 Einleitung

In die gesundheitspolitische Diskussion ist Bewegung gekommen. Es scheint sich die Erkenntnis durchzusetzen, dass grundlegendere Reformen als in der Vergangenheit notwendig sind, um das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wieder zukunftsfähig zu machen. Stand bis Mitte der 90er Jahre insbesondere die Kostendämpfung auf der Ausgabenseite im Mittelpunkt, trat danach auch die Einnahmenseite der GKV und die dort vorherrschende Wachstumsschwäche bei der Analyse der Reformoptionen hinzu (vgl. Wille 2003, S. 40). Trotz aller Eingriffe zeigt sich ein eher ernüchterndes Bild der bisherigen Kostendämpfungs- und Strukturmaßnahmen. Ihre Wirkungen waren nur von begrenzter Dauer, und die Systemdefekte hinsichtlich der Allokationseffizienz (Mittelaufbringung), der Produktionseffizienz (kostenminimale Leistungserbringung) und der Verteilungsgerechtigkeit blieben bestehen.

Die derzeitige lohnzentrierte Finanzierung der GKV ist aufgrund ihrer negativen Wachstums- und Beschäftigungseffekte („Lohnnebenkosten“) den wachsenden Anforderungen an eine solide Finanzierungsgrundlage nicht mehr gewachsen.<sup>1</sup> Hinzu kommen die Herausforderungen durch den demographischen Wandel und den medizinisch-technischen Fortschritt sowie die Veränderungen in den Lebens- und Erwerbshistorien der Individuen in einer globalisierten Umwelt. Diese Herausforderungen an die Sozial- und Gesundheitspolitik können nur gemeistert werden, wenn die Systeme der sozialen Sicherung flexibel und pluralistisch ausgestaltet werden (vgl. Börsch-Supan 2000, S. 1). Um Qualität und Produktivität ständig zu erhöhen, bedarf es eines stetigen „ökonomischen Drucks“, der am wirkungsvollsten über Wettbewerb und Anreize organisiert werden kann. Dazu ist ein wettbewerblicher Systemwechsel in der Krankenversicherung erforderlich, da die derzeitige einkommensabhängige Beitragsbemessung an ihre Grenze stößt bzw. nicht zukunftsfähig ist. So beträgt bereits heute die Grenzbelastung eines (ledigen) Arbeitnehmers über 60 %. Bei einem Jahreslohn von 50.000 € verbleiben von einer Lohnerhöhung von 1000 € nach Abzug der Lohnsteuer (460 €) und der Sozialabgaben (200 € Arbeitnehmeranteil) netto noch 340 €. Dazu müsste noch hinzugerechnet werden, dass 16 % Mehrwertsteuer anfallen (44 €), falls der Arbeitnehmer die Mehreinnahmen für „normalen Konsum“ aufwendet (bei einer unterstellten Konsumquote in Höhe

---

<sup>1</sup> Die Lohnnebenkosten setzen sich allerdings aus vielen Faktoren zusammen, der Anteil der GKV-Beiträge liegt bei rund 8 %. Da aber auch alle anderen Sozialversicherungsbeiträge zu den Lohnnebenkosten rechnen, bleibt die Stabilisierung der Sozialabgaben bzw. ihre Entkoppelung von den Arbeitskosten selbstverständlich eine vorrangige Aufgabe.

---

von 0,8). Damit würde die Grenzbelastung seines Einkommens sogar auf über 70 % ansteigen.

Ein zentrales Kriterium für ein dauerhaft tragfähiges Finanzierungssystem stellt seine Verträglichkeit mit Beschäftigung und Wachstum dar. Reformmodelle mit einer solchen Neuausrichtung sehen daher eine institutionelle Trennung von „Versicherung“ und „sozialem Ausgleich“ vor. Während sich die Krankenversicherung auf die erwünschte originäre, d.h. „zufallsgesteuerte Umverteilung“ (Zweifel und Breuer 2002, S. 13) zwischen „gesund und krank“ mit Hilfe einer individuellen oder pauschalen Prämie konzentriert, wird der notwendige soziale Ausgleich insbesondere zwischen „reich und arm“ in das allgemeine Steuer- und Transfersystem verlagert. Dadurch beteiligen sich alle Steuerzahler (auch Selbständige, Beamte und PKV-Versicherte) an der Umverteilungsaufgabe und nicht nur die GKV-Versicherten. Da das Steuersystem alle Einkünfte ohne Obergrenze erfasst und die Steuersätze mit dem Einkommen ansteigen, werden Gutverdiener und Kinderlose an der Finanzierung des sozialen Ausgleichs stärker beteiligt, während Geringverdiener und Familien geringer belastet werden. Dies liegt auch daran, dass Kinder im Steuersystem aufgrund der Freibeträge steuermindernd berücksichtigt werden, während im heutigen GKV-System die Beitragszahlung unabhängig von der Zahl der Kinder erfolgt.

Diese institutionelle Separierung von „Versicherung“ und sozialpolitisch erwünschter „Umverteilung“ ist ein Kernelement des Reformkonzeptes von Zweifel und Breuer (2002), das als so genanntes „Züricher Modell“ der Verband Forschender Arzneimittelhersteller in die gesundheitspolitische Debatte eingebracht hat. Da es einen Übergang zu risikoorientierten Prämien vorsieht, handelt es sich sicherlich um das Reformmodell mit der stärksten wettbewerbspolitischen Neuausrichtung. Die Auslagerung des sozialen Ausgleichs durch steuerliche Transfers an Versicherte mit geringem Haushaltseinkommen sehen aber auch andere Prämienmodelle vor, darunter das Gesundheitsprämienmodell der Kommission für Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme („Rürup-Modell“) sowie das Modell der CDU-Kommission Soziale Sicherheit („Herzog-Modell“) vor.<sup>2</sup> Sie alle plädieren für einen Umstieg auf ein „Prämienmodell“, wenn auch in teilweise sehr unterschiedlichen Varianten (Kopfpauschale versus risikogerechte Prämie, Umlage- versus (Teil-) Kapitaldeckung etc.).

---

<sup>2</sup> Auch die Vorschläge der Wissenschaftler Knappe und Arnold (2002) bzw. Henke et al. (2002), des Kronberger Kreises (2002) und die Expertenkommission der Heinz Nixdorf Stiftung, der Ludwig-Erhard-Stiftung und der Bertelsmann Stiftung (2003) plädieren für einen Umstieg auf Gesundheitsprämien.

Kritiker halten diesem Systemwechsel in der Krankenversicherung entgegen, er sei „unsozial“, zu bürokratisch und nicht zu finanzieren. Im Mittelpunkt des Kurzgutachtens stehen daher die folgenden beiden zentralen Aspekte:

- (1) Ist der Systemwechsel finanzierbar, am besten natürlich kostenneutral?
- (2) Wie könnte eine konkrete Ausgestaltung der Auslagerung des sozialen Ausgleichs in das Steuer- und Transfer-System aussehen?

Kapitel 2 des Gutachtens konkretisiert ökonomische Forderungen an einen Systemwechsel, die für eine Bewertung der Reformvorschläge zentral sind. Aus ökonomischer Perspektive ist beispielsweise zu betonen, dass der demographische Wandel letztlich eine stärkere Kapitalbildung im System der sozialen Sicherung und auch im Gesundheitswesen unausweichlich werden lässt. Im Mittelpunkt der Reformüberlegungen über Prämienmodelle steht in Kapitel 3 das Züricher Modell. Darüber hinaus werden ergänzende Hinweise auf die alternativ diskutierten Pauschalprämienmodelle gegeben und als Praxisbeispiel wird das Schweizer Modell vorgestellt. Kapitel 4 diskutiert die Finanzierungsaspekte des Systemwechsels, während Kapitel 5 konkrete Ansätze zur Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs beschreibt. Das Gutachten schließt mit einer Zusammenfassung in Thesen, die illustrieren, dass die Auslagerung des sozialen Ausgleichs aus der GKV gestaltbar ist.

## **2 Ökonomische Forderungen an einen Systemwechsel**

Zwei zentrale Ziele der Gesundheitspolitik in einer marktwirtschaftlich organisierten Gesellschaft sind die präferenzgerechte und kosteneffiziente Gesundheitsversorgung. Von beiden Zielen ist das GKV-System ein erhebliches Stück weit entfernt. Neuere Studien bescheinigen dem deutschen Gesundheitssystem im internationalen Vergleich eine nur niedrige Produktivität. Es werden mehr Arbeitsstunden von Ärzten und sonstigem Personal, mehr Kapital und mehr Material aufgewendet, ohne dass dadurch auch ein größerer medizinischer Erfolg erzielt werden könnte (vgl. WHO 2000). Das GKV-System ist aber nicht nur ineffizient, es ist auch ungerecht (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002, S. 282ff. und 2003, S. 310ff. und Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003, S. 144ff.). Obwohl die Beitragserhebung am Einkommen und damit grundsätzlich auch an der Leistungsfähigkeit ausgerichtet ist, kommt es zu zahlreichen Abweichungen vom Leistungsfähigkeitsprinzip:

- 
- Ungleichbehandlung von Ehepartnern und Alleinverdienerhaushalten bei gleichem Gesamteinkommen durch die Beitragsbemessungsgrenze.
  - Ungleichbehandlung von Ehepaaren bei gleichem Gesamteinkommen, wenn das Einkommen unterschiedlich auf die Ehepartner verteilt ist und wenn ein Ehepartner ein Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bezieht.
  - Ältere Versicherte zahlen im Durchschnitt geringere Beiträge als jüngere Versicherte mit gleichem Gesamteinkommen, da sie über einen höheren Anteil von nicht beitragspflichtigen Vermögenseinkünften verfügen.
  - Die Beitragsbemessungsgrenze begünstigt Versicherte mit hohem Einkommen.
  - Der Familienlastenausgleich in der GKV erweist sich als eher zielgenau.

Insgesamt fehlt es bisher im deutschen Gesundheitswesen an einem wettbewerblichen Gesamtkonzept. Zentraler Vorteil eines solchen Konzepts für einen Systemwechsel in der Krankenversicherung wäre, dass der bestehende *circulus vitiosus* zwischen GKV-Einnahmen und Lohnkosten durchbrochen würde: Bislang erhöhen steigende Beiträge die Lohnnebenkosten und vernichten dadurch Arbeitsplätze. Dadurch entstehen der GKV und auch anderen Sozialversicherungen enorme Einnahmenverluste, wodurch wiederum der Druck auf die Beitragsätze erhöht wird. Zudem würden steigende Gesundheitsausgaben nicht automatisch negativ bewertet. Damit könnte auch der Wachstums- und Beschäftigungsdynamik des Gesundheitswesens eher entsprochen werden.<sup>3</sup>

Aus volkswirtschaftlicher Sicht bestehen die ökonomischen Konsequenzen dieser Entwicklung zu allererst in einem makroökonomischen Strukturproblem (vgl. Börsch-Supan 2001, S. 205). Es wird zukünftig durch den demographischen Wandel deutlich weniger Erwerbstätige geben, die das von allen nachgefragte, langfristig zudem höhere Konsumniveau produzieren müssen. Dies impliziert makroökonomisch entweder einen steigenden Importanteil, der finanziert werden muss, oder eine höhere Kapitalintensität, d.h. das fehlende Humankapital wird durch Realkapital ersetzt werden müssen. Erst vor diesem ökonomischen Hintergrund gewinnen die Reformdiskussionen im System der sozialen Sicherung und in der GKV im Speziellen

---

<sup>3</sup> Neben den geschilderten interpersonellen Umverteilungswirkungen sind vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung (vgl. Schmähl und Ulrich 2001) die intergenerativen Verteilungswirkungen zu berücksichtigen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003, S. 146, Fetzer, Mevis und Raffelhüschen 2003, S. 13). Eine nachhaltige Fiskalpolitik würde bedeuten, dass keine Lastverschiebung zwischen heutigen und zukünftigen Generationen stattfindet. Zurzeit besteht dagegen eine so genannte Nachhaltigkeitslücke, die anzeigt, dass erhebliche finanziellen Mittel fehlen, wenn alle zukünftigen Generationen das gegenwärtige Leistungsniveau der GKV erhalten sollen. Unter realistischen Bedingungen beträgt diese Nachhaltigkeitslücke in der GKV rund 215 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) (bzw. 4 Bill. €).

ihre eigentliche volkswirtschaftliche Bedeutung. Betrachtet man das soziale Sicherungssystem in toto, bleibt letztlich nur die Ergänzung der vorherrschenden Umlageverfahren durch eine stärker kapitalgedeckte Säule. Da Deutschland bisher stark auf die Umlagefinanzierung gesetzt hat, erscheint ein Ausbau bzw. eine Ergänzung um kapitalgedeckte Finanzierungsmodelle unausweichlich.

Forderungen an einen Systemwechsel aus ökonomischer Perspektive lassen sich somit wie folgt zusammenfassen:

- Trennung von „Versicherung“ und „sozialem Ausgleich“.
- Realisierung der Wachstums- und Beschäftigungseffekte des Gesundheitswesens.
- Erhöhung der Demographiefestigkeit des Gesundheitswesens.
- Erhöhung der Transparenz der Finanzierung.

### **3 Prämienmodelle in der Krankenversicherung**

#### ***3.1 Grundlagen***

Von den erwähnten Reformvorschlägen für die GKV rechnen etwa das Reformkonzept von Zweifel und Breuer (2002, „Züricher Modell“), das Gesundheitsprämienmodell der Rürup-Kommission (2003, „Rürup-Modell“) und das Modell der CDU-Kommission „Soziale Sicherheit“ (2003, „Herzog-Modell“) zu den so genannten Prämienmodellen. Diese Ansätze stellen auf den ersten Blick eine Abkehr von dem Prinzip der Einkommensabhängigkeit der Beiträge der GKV und damit von dem Leistungsfähigkeitsprinzip dar und betonen somit stärker den Versicherungs- bzw. Äquivalenzcharakter der Krankenversicherung. Tatsächlich sehen aber alle analysierten Prämiensysteme eine Bezugnahme auf das Einkommen des Versicherten vor, da alle Vorschläge eine Prämienverbilligung bzw. einen Prämienzuschuss aufweisen, falls die Prämie einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens übersteigt (vgl. Breyer 2003, S. 9). Der Vorwurf, Gesundheitsprämien seien „das Ende der Solidarität“, ist aus dieser Perspektive eher irreführend, und der zu diesem Thema aufgebaute Konflikt zwischen den effizienzorientierten Kopf- bzw. Gesundheitsprämien und der verteilungsorientierten Bürgerversicherung erscheint nicht zielführend, da alle Prämienmodelle Zuschüsse für Einkommensschwache vorsehen.

Die unterschiedlichen Ausprägungen der genannten Prämiensysteme lassen sich danach klassifizieren, ob sie eine individuelle Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung anstreben,

oder ob eher eine gruppenmäßige Äquivalenz vorliegt, welche eine für alle Versicherten gleich hohe Prämie vorsieht. Der Wettbewerb bewirkt grundsätzlich, falls er nicht reguliert wird, eine individuelle, risikobezogene Krankenversicherungsprämie, wie sie im Züricher Modell vorgesehen ist.

Es könnte unter dem Aspekt einer solidarischen Krankheitskostenfinanzierung jedoch politisch erwünscht sein, dass trotz unterschiedlicher Risiken die Prämien für die Versicherten einheitlich sind (vgl. Knappe und Arnold 2002, S. 16). Dann beinhaltet die resultierende Pauschalprämie bereits einen Ausgleich zwischen den Faktoren Alter, Geschlecht und Gesundheitsrisiko. Während die risikoäquivalente Prämie also den allgemeinen Fall darstellt, kann die Pauschalprämie als möglicher Spezialfall betrachtet werden, die nicht zwischen den unterschiedlichen individuellen Risiken unterscheidet.<sup>4</sup>

### ***3.2 Individuelle Prämien im Rahmen des Züricher Modells***

Der Vorschlag von Zweifel und Breuer (2002, „Züricher Modell“) beinhaltet die stärkste wettbewerbliche Neuausrichtung des deutschen Gesundheitswesens und stellt konzeptionell sicherlich den in sich geschlossensten Vorschlag zur Neugestaltung der Finanzierung der GKV dar. Kernelemente stellen u.a. ein wirksamer Wettbewerb zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern dar, eine allgemeine Versicherungspflicht ohne Kontrahierungszwang, die durch Wahlfreiheiten der Versicherten bei risikogerechten Prämien ausgestaltet wird. In diesem Ansatz besteht auch keine Notwendigkeit für den Fortbestand eines Risikostrukturausgleichs. Ein zentraler Vorteil des Vorschlags von Zweifel und Breuer liegt darin, dass das Züricher Modell Wettbewerb sowohl zwischen Leistungserbringern als auch zwischen Versicherern und ihren Patienten ermöglicht, ohne dass grundsätzlich die Gefahr einer Risiko-selektion besteht.

Da risikoorientierte Prämien unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten erhoben werden, kann für Bezieher niedriger Einkommen eine Überforderung eintreten. Im Gegensatz zum bisherigen GKV-System, bei der die Umverteilung innerhalb des GKV-Systems stattfand, findet hier der erwünschte soziale Ausgleich über das allgemeine Steuer- und Transfersystem statt. Dazu erhalten Versicherte, deren Prämie einen bestimmten Prozentsatz ihres Einkommens übersteigt, einen Prämienzuschuss bzw. eine Prämienverbilli-

---

<sup>4</sup> Kombiniert man die Auflage, dass für unterschiedliche Gruppen keine unterschiedlichen Prämien erhoben werden dürfen mit einer allgemeinen Versicherungspflicht, stellt die Pauschalprämie aus versicherungsökonomischer Sicht den Fall eines vereinenden bzw. Pooling-Gleichgewichts im Sinne von Rothschild und Stiglitz dar (1976), während die individuelle Prämie zu einem trennenden Gleichgewicht führt.

gung. Die Subventionierung sollte sich dabei nicht auf die tatsächlich gezahlte Prämie beziehen, sondern lediglich auf die durchschnittliche Prämie, da ansonsten jeglicher Anreiz zur Wahl eines preiswerten Krankenversicherers entfällt.

Ob das Züricher Modell einen Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren darstellt, hängt von der konkreten Ausgestaltung der Versicherungsverträge ab. Bei langfristigen Vertragsabschlüssen kommt es durch Altersrückstellungen zum Aufbau eines Kapitalstocks, der einem altersbedingten Prämienanstieg entgegen wirkt. Bei eher kurzfristigen Versicherungsverträgen, die in diesem Ansatz grundsätzlich ebenfalls möglich sind, verbleibt die Krankenversicherung dagegen im Umlageverfahren, da kein individueller Kapitalstock aufgebaut wird. Altersbedingte Prämiensteigerungen schlagen sich bei eher kurzfristigen Vertragsabschlüssen dann in den regelmäßig zu erneuernden Verträgen nieder. Letztlich wird der Wettbewerb zwischen den Versicherern darüber entscheiden, welche Vertragsform sich am Markt durchsetzt.

### ***3.3 Pauschale Prämien als Alternative zum Züricher Modell***

Das „Rürup-Modell“ pauschaler Gesundheitsprämien sieht ebenfalls einkommensunabhängige aber für alle Versicherten einer Krankenkasse gleiche Prämien sowie die Beibehaltung des Umlageverfahrens vor. Der Beitragssatz kann dabei je nach Versichertenstruktur und Effizienz einer Kasse variieren. Auch in diesem Modell wird die Anbindung der GKV-Beitragssätze an die Lohnkosten durchbrochen. Der soziale Ausgleich wird auch hier aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgelagert, so dass Personen, bei denen die Prämienzahlung wiederum einen bestimmten Prozentsatz des Bruttoeinkommens übersteigt, eine Subvention erhalten. Der Versichertenkreis beschränkt sich auf die derzeit in der GKV versicherten Personen, die Versicherungspflichtgrenze für einen Wechsel zur privaten Krankenversicherung (PKV) bleibt bestehen. Damit bleiben sowohl das GKV- als auch das PKV-System und die bereits in der PKV vorhandene Kapitaldeckung erhalten, was aufgrund der demographischen Entwicklung sinnvoll erscheint. Da der soziale Ausgleich über das Steuersystem finanziert wird, beteiligen sich auch die PKV-Mitglieder an diesem Ausgleich.<sup>5</sup>

Das „Herzog-Modell“ lässt sich zwischen dem „Züricher Modell“ und dem „Rürup-Modell“ einordnen. Es sieht zwar eine pauschale Gesundheitsprämie vor, die sich allerdings in einen Grundbetrag und einen Vorsorgebetrag aufspalten lässt. Der Vorsorgebetrag wird während

---

<sup>5</sup> Da die PKV-Versicherten über ein höheres Durchschnittseinkommen im Vergleich zu den GKV-Versicherten verfügen, übersteigt aufgrund des progressiv ausgestalteten Steuersystems ihre Belastung sogar diejenige des durchschnittlichen GKV-Mitglieds.



des Erwerbslebens angespart und dient im Alter zur Deckung steigender Gesundheitsausgaben. Damit enthält das „Herzog-Modell“ sowohl Elemente des Umlageverfahrens als auch des Kapitaldeckungsverfahren. Die qualitativen Unterschiede zur kapitalgedeckten, langfristigen Variante des „Zürcher Modells“ betreffen vor allem den Vorsorgebetrag. Während Altersrückstellungen im Modell von Zweifel und Breuer bereits individualisiert wären, müssten die zur Diskussion stehenden Vorsorgebeträge im „Herzog-Modell“ erst versicherungsmathematisch individualisiert und in die Prämie eingerechnet werden.

Bei allen diskutierten Prämienmodellen ist die zentrale Herausforderung eines wettbewerblichen Systemwechsels in der konkreten Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs zu sehen, die im Mittelpunkt der Ausführungen im vierten Kapitel steht. Da in der Schweiz seit 1996 ein Gesundheitsprämienmodell angewendet wird, wird im Folgenden kurz beschrieben, wie das Schweizer Modell in praxi funktioniert.

### ***3.4 Praxisbeispiel für ein Prämienmodell: die Schweiz***

Durch Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahre 1996 wurde in der Schweiz ein System mit obligatorischer Grund- und freiwilliger Zusatzversicherung eingeführt (vgl. hierzu Pfaff et al. 2003 und Gerlinger 2003). Im dortigen Gesundheitssystem wird eine pauschale Prämie mit einem sozialen Ausgleich über das Steuer- und Transfersystem bereits realisiert. Im Rahmen der Grundabsicherung gibt es einen einheitlichen Leistungskatalog in Verbindung mit einer allgemeinen Versicherungspflicht. Die Finanzierung der Grundversorgung erfolgt durch eine risikounabhängige, einheitliche Kopfpauschale, die bei den Krankenkassen von Kanton zu Kanton unterschiedlich ausfallen kann.<sup>6</sup> Die Kopfprämien werden jährlich von dem dafür zuständigen Bundesamt für Sozialversicherung genehmigt. Neben dieser von Einkommen, Alter und Geschlecht unabhängigen Kopfpauschale existiert darüber hinaus eine generelle Kostenbeteiligung. Diese Beteiligung setzt sich zusammen aus einer Jahresfranchise von 230 SFr pro Jahr, zuzüglich einer 10%igen Selbstbeteiligung an den verbleibenden Ausgaben bis zu einer Obergrenze von 600 SFr.<sup>7</sup> Die Kopfprämien können darüber hinaus auch innerhalb eines Kantons regional abgestuft sein (mit maximal drei Abstufungen).

---

<sup>6</sup> Um Risikoselektion zu vermeiden wurde ein bis 1.1.2006 befristeter Risikostrukturausgleich eingeführt, bei dem jedoch lediglich die Merkmale Alter und Geschlecht ausgeglichen werden.

<sup>7</sup> Dabei ist zu beachten, dass eine Franchise in Deutschland als Selbstbehalt bezeichnet wird, während in der Schweiz unter Selbstbehalt eine prozentuale Selbstbeteiligung verstanden wird. Für Kinder und Jugendliche entfällt die Franchise; die Selbstbeteiligung gilt nur bis zu 300 SFr. Weiterhin ist es möglich, auch eine höhere Franchise zu vereinbaren, was sich dann auch in einer niedrigeren Kopfprämie widerspiegelt.

Um soziale Härten bei einer Kopfprämie auszugleichen, werden in der Schweiz so genannte „Prämienverbilligungen“ gewährt. Diese werden zu zwei Dritteln aus Bundesmitteln und zu einem Drittel aus Kantonsmitteln finanziert. Die Überprüfung der Anspruchsberechtigung erfolgt in der Regel aufgrund der Daten der Steuerveranlagung oder durch Offenlegung der aktuellen Einkommensverhältnisse. Die Berechnung variiert zwischen den Kantonen durch die Ausgestaltung von Abzugsmöglichkeiten, die Berücksichtigung von Vermögensbestandteilen oder die Einbeziehung der Haushaltsgröße. Daneben existieren noch zahlreiche kantonspezifische Sonderregelungen. Wichtig erscheint für die Berechnung der Prämienverbilligung die Art der Ermittlung der Einkommensbelastung. Beim Prozentmodell, das in 14 Kantonen Anwendung findet, wird ein bestimmter maximaler Anteil der Prämie am Einkommen festgelegt. Überschreitet die Prämie diesen Anteil, werden Zuschüsse gewährt, die so genannten Prämienverbilligungen. Im Gegensatz dazu erhalten die Anspruchsberechtigten beim zweiten Ansatz (Einkommensstufenmodell) die Prämienverbilligung als festen Zuschussbetrag, falls die Prämie die jeweils relevante Einkommensgrenze überschreitet. Dieses zweite Verfahren kommt in den verbleibenden 12 Kantonen zur Anwendung.

Die Verrechnung der Prämienverbilligung erfolgt nach drei unterschiedlichen Systemen. Erstens besteht eine automatische Ermittlung und Auszahlung, die in fünf Kantonen angewendet wird. Dabei ermitteln die Behörden aufgrund der Steuerdaten die erforderlichen Beträge. Zweitens gibt es die individuelle Benachrichtigung von Anspruchsberechtigten, wie sie in 19 Kantonen vorgenommen wird. Dabei werden die Berechtigten von den Behörden angeschrieben. Diese müssen dann selbst einen Antrag auf Prämienverbilligung stellen. Drittens werden Berechtigte zwar nicht individuell benachrichtigt, es wird aber versucht, über die Medien, über öffentliche Informationen oder über den Versandweg die Haushalte zu informieren und ihnen dadurch Zugang zu der Prämienverbilligung zu ermöglichen. Die Anträge müssen dann wie im zweiten System wiederum individuell gestellt werden. Auch bei der Antragstellung existiert in der Schweiz kein einheitliches System. So unterscheidet man eine fixe und eine variable Antragsstellung. Im ersten Fall kann während eines Jahres kein neuer Antrag gestellt werden, unabhängig davon, ob sich die Einkommensverhältnisse innerhalb des betreffenden Jahres ändern. Im zweiten Fall ist es dagegen möglich, während des gesamten Jahres ein Antrag zu stellen. Die Auszahlung der Prämienverbilligung kann entweder direkt an den Versicherer (in 16 Kantonen) oder direkt an den Versicherten (in 10 Kantonen) erfolgen.

Im Mai 2003 stimmten die Schweizer in einer Volksabstimmung für die Beibehaltung des gegenwärtigen Prämienmodells und gegen die Einführung einer Variante der Bürgerversiche-

zung, welche eine einkommens- und vermögensabhängige Prämienhebung vorgesehen hätte. Somit wird das Prämienmodell von den Bürgern der Schweiz akzeptiert. Allerdings zeigen sich im Schweizer Modell auch einige Nachteile pauschaler Gesundheitsprämien, die aber weitgehend durch den Übergang zu risikoorientierten Prämien vermieden werden könnten. Die pauschale Prämie führt zwar zur erwünschten Entkopplung zwischen Beitragssätzen und Lohnnebenkosten, begünstigt aber nach wie vor die Risikoselektion. Krankenkassen konkurrieren nach wie vor weniger um Versicherte als um gute Risiken und auch die Patienten konzentrieren sich bei einem Wechsel der Krankenkasse nicht so sehr an Qualitätsaspekten als vielmehr an der Höhe der Prämie. Ein wirksamer Wettbewerb zwischen Anbietern und Nachfragern kann somit in der Grundversorgung noch nicht stattfinden. Da dem Wettbewerb in der obligatorischen Krankenversicherung somit nach wie vor Fesseln angelegt sind, streiten sich die politisch Verantwortlichen darüber, ob man auf halbem Weg in Richtung Wettbewerb und individuellen Prämien stehen geblieben ist.

## **4 Finanzierungsaspekte des Systemwechsels**

### ***4.1 Vorschläge zur Gegenfinanzierung im „Züricher Modell“ der Individualprämie***

Das „Züricher Modell“ von Zweifel und Breuer (2002) geht von einem *primären Finanzierungsbedarf* von insgesamt 35,5 Mrd. € aus, der durch die Auslagerung des sozialen Ausgleichs in das Steuer- und Transfersystem entsteht. Eine gezielte Prämiensubventionierung findet dann statt, wenn die Krankenversicherungsprämie einen bestimmten Prozentsatz des Haushaltseinkommens übersteigt. In den konkreten Berechnungen wurde dabei eine maximale individuelle Belastungsgrenze von 15 % des Bruttoeinkommens gewählt. Die Gegenfinanzierung erfolgt im Ansatz von Zweifel und Breuer im Wesentlichen über zwei Instrumente. Zum einen wird der bisherige Arbeitgeberbeitrag zur GKV an den Versicherten ausbezahlt. Dieser erhöht das Bruttoeinkommen des Versicherten und unterliegt somit auch der anschließenden Besteuerung. Diese Umstellung erbringt schätzungsweise ein Steuermehraufkommen von 16-17 Mrd. €. Die verbleibende Deckungslücke (*sekundärer Finanzierungsbedarf*) in Höhe von 18-19 Mrd. € wird durch den Abbau der Quersubventionierung der GKV durch andere Sozialversicherer geschlossen. Da bei individueller Prämienzahlung insbesondere die Renten- und Arbeitslosenversicherung keine Beiträge mehr an die GKV zu erbringen haben, ergibt sich hieraus ein Einsparvolumen von etwa 20,6 Mrd. € (vgl. Tabelle 1), das zur Gegenfinanzierung herangezogen werden kann. Die aktuelle Höhe der Quersubventionierung gemäß dem Sozialbericht der Bundesregierung für das Jahr 2001 beläuft sich auf rund 20

Mrd. €, so dass die genannte Größenordnung nach wie vor Gültigkeit besitzt. Damit ließe sich die Auslagerung des sozialen Ausgleichs in das allgemeine Steuer- und Transfersystem kostenneutral finanzieren. Allerdings müsste vor einem konkreten Systemwechsel eine „aktuelle Bilanz“ der Quersubventionierungen aufgestellt werden, da beispielsweise das aktuelle GKV-Modernisierungsgesetz bereits wieder Veränderungen herbeiführt. So hat auch das „Hartz-Konzept“ über die Absenkung der Beitragszahlungen für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe oder über die Absenkung der Mindest-Bemessungsgrenze für Existenzgründer finanzielle Auswirkungen auf die GKV, die sich in der Summe auf etwa 1,35 Mrd. € belaufen.

Tabelle 1: Darstellung der Quersubventionierung der GKV für das Jahr 1998

Sozialversicherungsträger	Art	Betrag in Mrd. €
Bund	Erstattungen, Beiträge <sup>1)</sup>	3,60
GUV	Erstattungen <sup>2)</sup>	0,01
ALV	Beiträge <sup>3)</sup>	5,01
GRV	Erstattungen, Beiträge <sup>4)</sup>	12,00
Summe		20,62

1) Beiträge für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe, Erstattungen nach dem Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (BVG), nach dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG) und nach dem Krankenversicherungsgesetz für Landwirte (KVLG).

2) Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) haben den Krankenkassen die Kosten zu erstatten, die über den 31.12.1988 hinaus für Krankheiten aufgewandt werden, die Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit sind.

3) Beiträge der Arbeitslosenversicherung an die GKV für die Bezieher von Arbeitslosengeld (ohne die Beiträge des Bundes für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe).

4) Beiträge der Rentenversicherung an die GKV für die Bezieher von Renten und Erstattungen für Krankenbehandlung und Krankengeld von Rentnern gemäß §§39 und 50 SGB V.

Quelle: Zusammengestellt aus Henke 2001, S. 87.

#### **4.2 Vorschläge zur Gegenfinanzierung bei Pauschalprämien**

Im „Rürup-Modell“ werden zwei so genannte Eigenanteil-Tarife vorgeschlagen, um eine übermäßige Belastung von Beziehern niedriger Einkommen zu vermeiden. Die erste Tarifvariante sieht vor, dass ein linearer Eigenanteil in Höhe von 13,3 % des Bruttoeinkommens zu leisten ist. In der zweiten Tarifvariante wird eine Freigrenze in Höhe von 210 € je Monat vorgeschaltet. Der Eigenanteil-Tarif steigt danach linear mit dem Bruttoeinkommen von 13,3 % auf 16 % an. Je nach Tarif resultiert ein Transfervolumen beim „Rürup-Modell“ zwischen 28,4 Mrd. € (Tarif 1) und 22,6 Mrd. € (Tarif 2). Zur Gegenfinanzierung wird auch in diesem Modell der Arbeitgeberbeitrag zur GKV ausgezahlt und besteuert (Steueraufkommen: 16,1 Mrd. €). Zusätzlich werden hier auch die Zuschüsse der Arbeitgeber für privat Versicherte besteuert (2,5 Mrd. €), so dass sich das zusätzliche Steueraufkommen auf insgesamt 18,6 Mrd. € beläuft.

Zur Deckung des verbleibenden Finanzierungsbedarfs von rund 10 Mrd. € wird eine Anhebung des Solidaritätszuschlags von 5,5 % auf 10 % diskutiert. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung schlägt dagegen in seinem jüngsten Gutachten vor (2003, S. 312ff.), dass alternativ auch die Mehrwertsteuer angehoben werden könnte.<sup>8</sup> Weiterhin können Ausgabenkürzungen in den öffentlichen Haushalten zur Gegenfinanzierung herangezogen werden. In einer Erweiterung des Rürup-Vorschlags wird angeregt, den Leistungskatalog der GKV zu überarbeiten und beispielsweise den Zahnersatz sowie die privaten Unfälle und die versicherungsfremden Leistungen in Zukunft nicht mehr solidarisch zu versichern. Dadurch ließe sich die Prämie auf durchschnittlich 165 € pro Monat reduzieren und die Gegenfinanzierung über das zusätzliche Einkommensteueraufkommen würde ausreichen, das anfallende Transfervolumen zu finanzieren.

Im Vorschlag der *Herzog-Kommission*, wie er auf dem CDU-Parteitag am 1.12.2003 in einer überarbeiteten Version angenommen wurde, beträgt die monatliche Gesundheitsprämie 200 €. Sie setzt sich zusammen aus einem 10 %igen Anteil für den Aufbau kapitalgedeckter Altersrückstellungen (20 €) und dem verbleibenden Grundbetrag in Höhe von 180 €, der zur Finanzierung der laufenden Gesundheitsausgaben herangezogen wird. Für Kinder ist eine Prämie von 90 € vorgesehen, die von der Kindergeldkasse bezahlt wird. Das benötigte Transfervolu-

---

<sup>8</sup> Dabei wird allerdings unterstellt, dass eine regressive Verteilungswirkung besteht. Aufgrund des gespaltenen Mehrwertsteuersatzes von 7 bzw. 16 % kann sich jedoch auch eine annähernd neutrale Verteilungswirkung ergeben.

---

men beläuft sich auf ca. 25-30 Mrd. €.<sup>9</sup> Die Auszahlung und Besteuerung des auf 6,5 % der Bruttolohn- und Gehaltssumme fixierten Arbeitgeberbeitrags zur GKV erbringt ein Aufkommen von etwa 15-17 Mrd. €, das zur Finanzierung der reduzierten Prämien für Kinder verwendet wird. Die Erbringung des zusätzlichen Finanzierungsbedarfs erfolgt durch den Abbau von Subventionen, durch die Verzahnung der Gesundheits- mit der anstehenden Einkommensteuerreform sowie allgemein durch das, infolge der zunehmenden wirtschaftlichen Dynamik, gestiegene Steueraufkommen. Eine zusammenfassende Übersicht der diskutierten Prämienmodelle findet sich in Tabelle 2.

#### **4.3 Bewertung der Finanzierungsvorschläge**

Zunächst lässt sich festhalten, dass die Finanzierungsvorschläge zeigen, dass ein kostenneutraler Systemwechsel grundsätzlich realisierbar und finanzierbar ist. Dies gilt sowohl für das Züricher Modell von Zweifel und Breuer als auch für die Modelle mit pauschalen Prämien (Rürup-Modell, Herzog-Modell). Der zentrale Vorteil gegenüber dem Status Quo liegt unseres Erachtens vielleicht nicht einmal so sehr bei den diskutierten allokativen oder distributiven Unterschieden, sondern vielmehr in der deutlichen Zunahme der Transparenz der Finanzierung von Krankenversicherungsleistungen über Prämienmodelle.

Die in den einzelnen Vorschlägen diskutierten Möglichkeiten zur Gegenfinanzierung des Transferbedarfs für den sozialen Ausgleich weisen mit der Besteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrags zur GKV ein gemeinsames Finanzierungsinstrument auf. Darüber hinaus stehen weitere Finanzierungsinstrumente zur Verfügung, durch die sich die einzelnen Vorschläge voneinander unterscheiden. Grundsätzlich lässt sich zunächst festhalten, dass für das Bruttotransfervolumen (noch ohne die Besteuerung des Arbeitgeberanteils) von einem *primären Finanzierungsbedarf* zwischen 22 und 35 Mrd. € auszugehen ist. Die Bandbreite ergibt sich zum einen aus den zentralen Unterschieden zwischen den Prämienmodellen (risikoäquivalente versus pauschale Prämien), zum anderen aus der Ausgestaltung der Prämienbezuschussung.

---

<sup>9</sup> Laut Beschluss des CDU-Parteitages soll der Anspruch von Geringverdienern auf sozialen Ausgleich in einem Leistungsgesetz geregelt werden. Dieser Ausgleich soll automatisch zwischen Finanzamt und Krankenversicherung, basierend auf dem jeweils gültigen Einkommensteuerbescheid ohne Vermögensanrechnung, erfolgen.

Tabelle 2: Reformmodelle in der Übersicht

<b>Modell</b>	<b>Prämie</b>	<b>Transferbedarf</b>	<b>Gegenfinanzierung</b>
Zürcher Modell: Aufhebung der Trennung zwischen GKV und PKV	risikoäquivalent (Kapitaldeckung bei langfristigen Verträgen)	ca. 35,5 Mrd. € Zuschuss, falls Prämie 15% des Bruttoeinkommens übersteigt	Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung und Versteuerung: 16,7 Mrd. €  Abbau von Quersubventionen der GKV durch andere Sozialversicherungsträger: 20,6 Mrd. €
Rürup-Modell: Fortbestand von GKV und PKV; beitragsfreie Mitversicherung von Kindern	pauschale Prämie für jede Krankenkasse (Umlageverfahren); Durchschnittsprämie: 210 €	22,6 – 28,4 Mrd. €  Höhe ist abhängig von der Ausgestaltung des so genannten Eigenanteil- Tarifs <sup>a)</sup>	Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung und Versteuerung: 18,6 Mrd. € (inkl. 2,5 Mrd. € durch die Steuerpflicht für die Zuschüsse der Arbeitgeber für PKV-Versicherte)  Sachverständigenrat gesamtwirtschaftliche Entwicklung: Kürzung des Leistungskataloges; Anhebung des Solidaritätszuschlages auf 10 %; Anhebung der Mehrwertsteuer; Ausgabenkürzungen
Herzog-Modell: Fortbestand von GKV und PKV; Prämienzahlung pro Kind 90 € durch Kindergeldkasse	pauschale Prämie: 200 €, davon 20 € für den Aufbau eines Kapitalstocks für Altersrückstellungen (Umlageverfahren mit Kapitaldeckung)	ca. 25-30 Mrd. €;  langfristige Prämien- belastung < 15 % des Haushaltsbruttoeinkommens inkl. Arbeitgeberbeitrag	Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung und Versteuerung: 15-17 Mrd. €;  erhöhtes Aufkommen der Einkommensteuer durch wirtschaftliche Dynamik; Subventionsabbau; große Steuerreform; Rückgang der Schattenwirtschaft: 20-30 Mrd. €

<sup>a)</sup> Zur Erklärung der Eigenanteilstarife siehe S. - 12 -.

Quelle: Eigene Darstellung.

Legt man das in allen Modellen zusätzlich erzielte Aufkommen durch die Besteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrages von ca. 15-18 Mrd. € zugrunde, so ergibt sich noch eine *sekundäre Finanzierungslücke* in Höhe von etwa 4-10 Mrd. € für die Modelle mit pauschalen Gesundheitsprämien („Rürup-Modell“, „Herzog-Modell“) und von rund 18 Mrd. € bei Umsetzung risikoäquivalenter Prämien („Züricher Modell“).

Das von Zweifel und Breuer im Rahmen des „Züricher Modells“ konkretisierte Gegenfinanzierungsvolumen in Höhe von rund 20 Mrd. € durch den Abbau der Quersubventionen reicht zur vollständigen Abdeckung des Finanzierungsbedarfs aus. Mit dem Abbau der Quersubventionierung steht im Züricher Modell ein zusätzliches Finanzierungsinstrument zur Verfügung, das die anderen Prämienmodelle bisher nicht aufgegriffen haben. Grundsätzlich muss von der Logik des Finanzierungssystems dieses Geldvolumen bei einer Umstellung der Finanzierung auf individuelle Prämien auch zur Verfügung stehen, da die bisher von anderen Sozialversicherungsträgern geleisteten Zahlungen an die GKV im „Züricher Modell“ nun entfallen. Aus verfassungsrechtlicher Perspektive ist bei dieser Finanzierungsalternative des „Züricher Modells“ allerdings zu beachten, dass ein Großteil dieser Mittel wahrscheinlich nicht unmittelbar den öffentlichen Haushalten zur Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs zugeführt werden kann. In Analogie der Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags zur GKV an die Versicherten müssten bspw. auch die Beiträge der Renten- und Arbeitslosenversicherung als „fiktive Arbeitgeberbeiträge“ an die Versicherten ausgezahlt werden und stehen somit nicht unmittelbar zur Gegenfinanzierung zur Verfügung, sondern erhöhen zunächst das individuelle Einkommen der Versicherten. Für den auszahlenden Zuschuss der Rentenversicherung, der mit rund 12 Mrd. € diese Finanzierungsalternative im „Züricher Modell“ stark prägt, gilt beispielsweise, dass erst nach vollständiger Umsetzung der bereits beschlossenen nachgelagerten Besteuerung der Renteneinkommen die steuerliche Erfassung dieser Beträge tatsächlich möglich wird. Zumindest kurzfristig steht daher nicht der gesamte aus der bisherigen Quersubventionierung stammende Betrag zur Gegenfinanzierung zur Verfügung.

Allerdings bleibt zu klären, ob sich nicht eine Entlastung auf Seiten des Finanzierungsbedarfs ergibt. Durch die Auszahlung des bisherigen Zuschusses der Rentenversicherung erhöht sich das Bruttoeinkommen der Versicherten und damit erhöht sich bei einer unveränderten Belastungsgrenze von 15 % auch die individuell zu tragende Prämie, während sich der erforderliche Transferbedarf für den sozialen Ausgleich entsprechend verringert. In diesem Zusammenhang sind verschiedene Versichertengruppen miteinander zu vergleichen.



Für die Bezieher von Renten, die bisher nicht transferberechtigt waren, also über eine vergleichsweise hohe Rente verfügen, ändert sich nichts, d.h. sie sind auch in der neuen Situation nicht zuschussberechtigt. Ein anderer Teil der Versicherten, der bisher einen Transferanspruch hatte, wird nun nicht mehr zuschussberechtigt sein, da die zu zahlende individuelle Prämie nach der Erhöhung des Einkommens keine 15 % des maßgeblichen Bruttoeinkommens mehr ausmacht. Ein letzter Teil der Versicherten wird nach wie vor zuschussberechtigt bleiben, wobei es von der individuellen Prämie und dem jeweiligen Einkommen abhängt, ob sich der individuelle Transferbedarf verringert oder gleich bleibt. Insgesamt zeigt sich, dass zwar alle Rentner, den bisherigen Zuschuss der Rentenversicherung ausgezahlt bekommen, jedoch nur bei einem Teil dieser Gruppe keine Bezuschussung mehr erforderlich wäre. Es findet also durchaus eine Entlastung auf Seiten des Transferbedarfs statt, die aber nicht ausreicht, um den Rückgang der zur Gegenfinanzierung zur Verfügung stehenden Mittel vollständig kompensieren zu können. Damit dürfte das aus dem Wegfall der Quersubventionierung erzielte Einsparvolumen geringer ausfallen als die genannte Summe von 20,6 Mrd. € und möglicherweise auch nicht ganz den sekundären Finanzierungsbedarf in Höhe von 18-19 Mrd. € decken können. Für eine abschließende Bewertung sind hier aber weitere detaillierte Berechnungen erforderlich. Auch sollte noch einmal betont werden, dass diese Überlegungen keinesfalls gegen den Einsatz dieses Finanzierungsinstruments „Abbau der Quersubventionierung“ zur Gegenfinanzierung sprechen, da es ein Spezifikum des Züricher Modells darstellt, das von den anderen diskutierten pauschalen Prämienmodelle bisher gar nicht aufgegriffen wird, obwohl dieses Finanzierungsinstrument hier grundsätzlich ebenfalls zur Verfügung stünde. Natürlich stehen aber auch beim Züricher Modell die weiter oben genannten zusätzlichen Finanzierungsmöglichkeiten (Subventionsabbau, Definition eines Grundleistungskatalogs, Ausgabenkürzungen im Bundeshaushalt, Steuererhöhungen etc.) ebenfalls zur Verfügung, so dass auch hier die Möglichkeit besteht, die Gegenfinanzierung langfristig auf verschiedene Finanzierungsgrundlagen aufzubauen, so dass die damit verbunden Risiken diversifiziert und damit verringert werden können.

Mit Blick auf die angestrebten Kürzungen bei den Subventionen lässt sich aus ökonomischer Sicht folgendes festhalten. Kürzungen sollen und können vor allem in jenen Bereichen vorgenommen werden, in denen Subventionen sich als wettbewerbsverzerrend herausstellen. Allerdings ist hierbei, wie Erfahrungen der Vergangenheit zeigen, mit erheblichem Widerstand der Betroffenen zu rechnen, so dass das mittel- bis langfristige Einsparvolumen begrenzt bzw. zumindest unsicher erscheint. Sollte eine Kürzung der Subventionen gelingen, würden sich

die Finanzierungsmöglichkeiten des sozialen Ausgleichs aber signifikant verbessern. Bereits die von den Ministerpräsidenten Koch und Steinbrück vorgeschlagene lineare Kürzung beläuft sich auf ein Einsparvolumen in Höhe von 10,5 Mrd. € jährlich und würde alleine zur Deckung des sekundären Finanzierungsbedarfs ausreichen (vgl. Koch und Steinbrück 2003, S. 7).

Eine Finanzierung aufgrund einer Anhebung des Solidaritätszuschlags oder der Mehrwertsteuer deckt prinzipiell auch den Transferbedarf, es treten dann aber wieder verzerrende Verteilungs- und Substitutionseffekte auf, welche die allokativen Vorteile der Prämienmodelle abschwächen. Generell ist aufgrund der angespannten Lage in den öffentlichen Haushalten und vor dem Hintergrund der Verletzung der Maastricht-Kriterien von einer weiteren Verschuldung abzusehen. Auch Steuererhöhungen sollten kein Finanzierungsinstrument der ersten Wahl sein. Diese sollten lediglich dann eingesetzt werden, falls das notwendige Finanzierungsvolumen sich nicht durch die Entlastung des Faktors Arbeit realisieren lassen und andere Finanzierungsmöglichkeiten ausscheiden.<sup>10</sup>

Neben diesen „direkten“ Finanzierungsinstrumenten wird auch viel davon abhängen, ob es gelingt, durch die Freisetzung neuer wirtschaftlicher Kräfte ein zusätzliches „indirektes“ Instrument der Gegenfinanzierung durch Steuermehreinnahmen zu verwirklichen. Natürlich stellen die aus der wirtschaftlichen Dynamik resultierenden Steuermehreinnahmen ein Instrument für die Gegenfinanzierung des sozialen Ausgleichs dar. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat in seinem jüngsten Jahresgutachten im Rahmen von Modellrechnungen beispielsweise gezeigt, dass Gesundheitsprämien eine spürbare Zunahme der Beschäftigung hervorrufen (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2003, S. 318f.). Andere Modellrechnungen zeigen, dass ein Rückgang der Zahl der Arbeitslosen um 100000 Ausgabenenkungen und Steuermehreinnahmen im Umfang von 2 Mrd. € erbringen (vgl. Peffekoven 2003, S. 12). Allerdings bleiben die daraus resultierenden Steuermehreinnahmen auch weiterhin konjunkturabhängig und können somit in einzelnen Jahren niedriger ausfallen als erwartet und somit Finanzierungsprobleme hervorrufen.

Hinsichtlich eines langfristig stabilen Finanzierungsmodells erscheint es daher sinnvoll, die Gegenfinanzierung auf verschiedene Grundlagen aufzubauen, so dass die damit verbundenen

Risiken diversifiziert werden können (vgl. hierzu Tabelle 3). Für eine Finanzierung des Transferbedarfs nach Abzug der Steuereinnahmen aus den ausgezahlten Arbeitgeberbeiträgen bieten sich somit folgende Komponenten an: Erstens müssten die Mittel aus dem Abbau der Quersubventionierung der GKV durch die anderen Sozialversicherungsträger so weit wie möglich dem Bund zufließen, so dass diese zielgerichtet als Zuschüsse an die Anspruchsberechtigten weitergeleitet und damit zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs herangezogen werden können. Zweitens ist es notwendig, den Subventionsabbau voranzutreiben. Drittens kann damit gerechnet werden, dass es aufgrund der angeführten positiven Beschäftigungseffekte der Prämienmodelle zu Steuermehreinnahmen kommt. Erst wenn die durch diese Maßnahmen erwirtschafteten Beträge wider erwarten nicht ausreichen sollten, könnte auch eine Erhöhung des Solidaritätszuschlages oder der Mehrwertsteuer in Erwägung gezogen werden.

Tabelle 3: Übersicht über die Finanzierung des sozialen Ausgleichs

<b>Bereich</b>	<b>Ausgestaltung</b>
Transferberechtigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Überschreiten einer maximalen Belastungsgrenze</li> <li>▪ Primärer Finanzierungsbedarf: 22 -35 Mrd. €</li> </ul>
Netto-Transfervolumen <sup>a)</sup> (sekundärer Finanzierungsbedarf)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ im günstigsten Fall besteht kein sekundärer Finanzierungsbedarf</li> <li>▪ ansonsten: ~ 10 – 20 Mrd. €</li> </ul>
Gegenfinanzierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abbau der Quersubventionen: max. 20 Mrd. €</li> <li>▪ Subventionsabbau: ab 2006 ca. 10,5 Mrd. € jährlich</li> <li>▪ Ausgabenkürzung und wachstumsinduzierte Steuermehreinnahmen: pro 100000 Arbeitlose weniger: ca. 2 Mrd. € jährlich</li> <li>▪ Steuererhöhungen: Solidaritätszuschlag, Mehrwertsteuer</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung.

Schließlich bleibt noch die Finanzierung der zukünftigen Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen zu diskutieren, die durch den technischen Fortschritt hervorgerufen werden. Dies stellt in erster Linie allerdings kein Spezifikum der GKV-Finanzierung über Prämienmodelle

<sup>10</sup> In diesem Zusammenhang ist auch auf einen möglichen Rückgang der Schattenwirtschaft hinzuweisen, da die Kosten des Faktors Arbeit sinken und somit die Bereitschaft zur „ordentlichen“ Beschäftigung steigt, so dass auch dadurch von einem Anstieg des Steueraufkommens auszugehen ist.

dar, sondern betrifft zunächst alle anderen Finanzierungssysteme mindestens in gleichem Ausmaß.

Mit Blick auf den bevorstehenden demographischen Wandel ergibt sich durch den Systemwechsel insofern eine Verbesserung gegenüber dem status quo, als der sogenannte demographische Finanzierungseffekt weitgehend entfällt. Der demographische Finanzierungseffekt betrifft die Einnahmenseite der GKV. Durch die Umlagefinanzierung führt ein Anstieg des Rentnerquotienten zu einer stärkeren finanziellen Belastung der Erwerbstätigen. Dies lässt sich dadurch erklären, dass die beitragspflichtigen Einnahmen der Rentner im Durchschnitt signifikant unter denen der Erwerbstätigen liegen, so dass die Beitragszahlungen der Rentner nur etwa die Hälfte ihrer Gesundheitsausgaben ausmachen. Da in einem Prämiensystem eine Entkopplung von den individuellen Einkommen vorliegt, zahlen Rentner insgesamt vergleichsweise höhere Prämien. Lediglich bei der Berechnung des Prämienzuschusses spielt das individuelle Einkommen weiterhin eine Rolle. Bestehen bleibt dagegen der demographische Ausgabeneffekt. Gemeint ist dabei, dass bei älteren Menschen die Gesundheitsausgaben im Durchschnitt mit dem Lebensalter ansteigen.

Unter dem Aspekt des demographischen Wandels schneidet das bestehende Umlageverfahren am schlechtesten ab, da beide geschilderten demographischen Effekte den Beitragssatz erhöhen. Bei einem Pauschalprämiensystem ergibt sich insofern eine Verbesserung, als Rentner höhere Prämien als bisher zu zahlen haben und sich dadurch die überproportionale Belastung der Erwerbstätigen durch die altersbedingte Ausgabensteigerung abschwächt. Am vorteilhaftesten unter demographischen Gesichtspunkten schneidet das „Züricher Modell“ ab, da hier durch die individuelle Prämiengestaltung die zukünftigen altersbedingten Ausgabensteigerungen erfasst werden.

Langfristig dürften die Wechselwirkungen zwischen demographischem Wandel und den Möglichkeiten, die der medizinisch-technische Fortschritt mit sich bringt, aber insgesamt zu weiter steigenden Prämien führen, da insbesondere der Anstieg der Lebenserwartung in allen Systemen zu Mehrbelastungen führt.

## **5 Konkrete Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs**

Bei der konkreten Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs stehen folgende Fragen im Mittelpunkt des Interesses: Wer sollte transferberechtigt sein? Wo im öffentlichen Haushalt soll der soziale Ausgleich angesiedelt werden? Wie sollte der Ausgleich konkret vonstatten gehen?

Bei der Frage „Wer soll transferberechtigt sein?“ kristallisiert sich bei allen Reformvorschlägen eine weitgehend einheitliche Vorgehensweise heraus. Eine gezielte Prämiensubventionierung sollte stattfinden, wenn die zu zahlende Krankenversicherungsprämie einen bestimmten Prozentsatz des Haushaltseinkommens übersteigt. In diesem Fall liegt eine finanzielle Überforderung der betrachteten Person bzw. des Haushalts vor, die durch einen Zuschuss verhindert bzw. zumindest abgeschwächt werden soll. In den einzelnen Modellen findet sich dabei eine maximale individuelle Belastungsgrenze, die zwischen 13% und 15 % des Bruttoeinkommens schwankt. Diese Grenze lässt sich damit begründen, dass sie als politisch angemessen und auch sozial vertretbar angesehen wird, impliziert sie doch eine vergleichbare finanzielle Belastung der Versicherten wie im jetzigen GKV-System. Wendet man diese Belastungsgrenze auf die vorherrschende Einkommensverteilung an, erhält man den bereits erläuterten primären Finanzierungsbedarf für den sozialen Ausgleich in Höhe zwischen 22 und 35 Mrd. €, je nachdem welches Prämienmodell man betrachtet und je nachdem, welche Variante der Prämienbezuschung gewählt wird.

Mit Blick auf die zweite Frage nach der relevanten Haushaltsebene für die Angliederung des sozialen Ausgleichs bleibt zunächst festzustellen, dass die ja bereits erprobte Schweizer Vorgehensweise nicht unmittelbar auf Deutschland übertragen werden kann. Zum einen ist das Krankenversicherungssystem in der Schweiz sehr stark kantonal organisiert, so dass es in Deutschland zu Schwierigkeiten mit den bundesweit tätigen Kassen käme und es letztlich zu einer noch stärkeren Regionalisierung des GKV-Systems kommen würde. Weiterhin würde ein Ausgleich auf Länderebene insbesondere die eher finanzschwachen Länder benachteiligen und weitere finanzielle Unterstützung des Bundes erfordern. Da die Leistungen der GKV in Deutschland nicht regionalisierbar erscheinen, sollte der soziale Ausgleich auf der Ebene des Bundes angesiedelt sein. Weiterhin sollte ein einheitliches System für den sozialen Ausgleich implementiert werden, da ansonsten zu befürchten ist, dass unterschiedliche Systeme in den einzelnen Bundesländern zur Verunsicherung der Anspruchsberechtigten beitragen und damit die Akzeptanz der Prämienmodelle gefährden.

Die Beantwortung der dritten Frage nach der konkreten Ausgestaltung erfordert Entscheidungen über die notwendigen Organisationsstrukturen. Grundsätzlich bestehen die beiden Möglichkeiten, den sozialen Ausgleich in der GKV über ein Antragsverfahren zu organisieren oder alternativ zu versuchen, einen automatischen Ausgleich herbei zu führen, wie er beispielsweise im Einkommensteuerecht vorkommt, bei dem bestimmte Tatbestände bzw. Merkmale bereits in die Lohnsteuertabellen eingearbeitet sind. Tabelle 4 zeigt einige ausgewählte Beispiele für in Deutschland bereits installierte Unterstützungssysteme nach dem Antragsverfahren, über die im Jahr 2001 Leistungen in Höhe von 63,2 Mrd. € abgewickelt wurden.

Tabelle 4: Ausgewählte Steuer- und Transfersystem in Deutschland (2001)

<b>Antragssystem</b>	<b>Volumen 2001 in Mrd. €</b>
Beihilfe	9,0
Sozialhilfe	24,0
Wohngeld	4,2
Kindergeld	26,0

Quelle: Zusammengestellt aus Statistisches Bundesamt 2003, S. 483ff. und Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2002, S. 507.

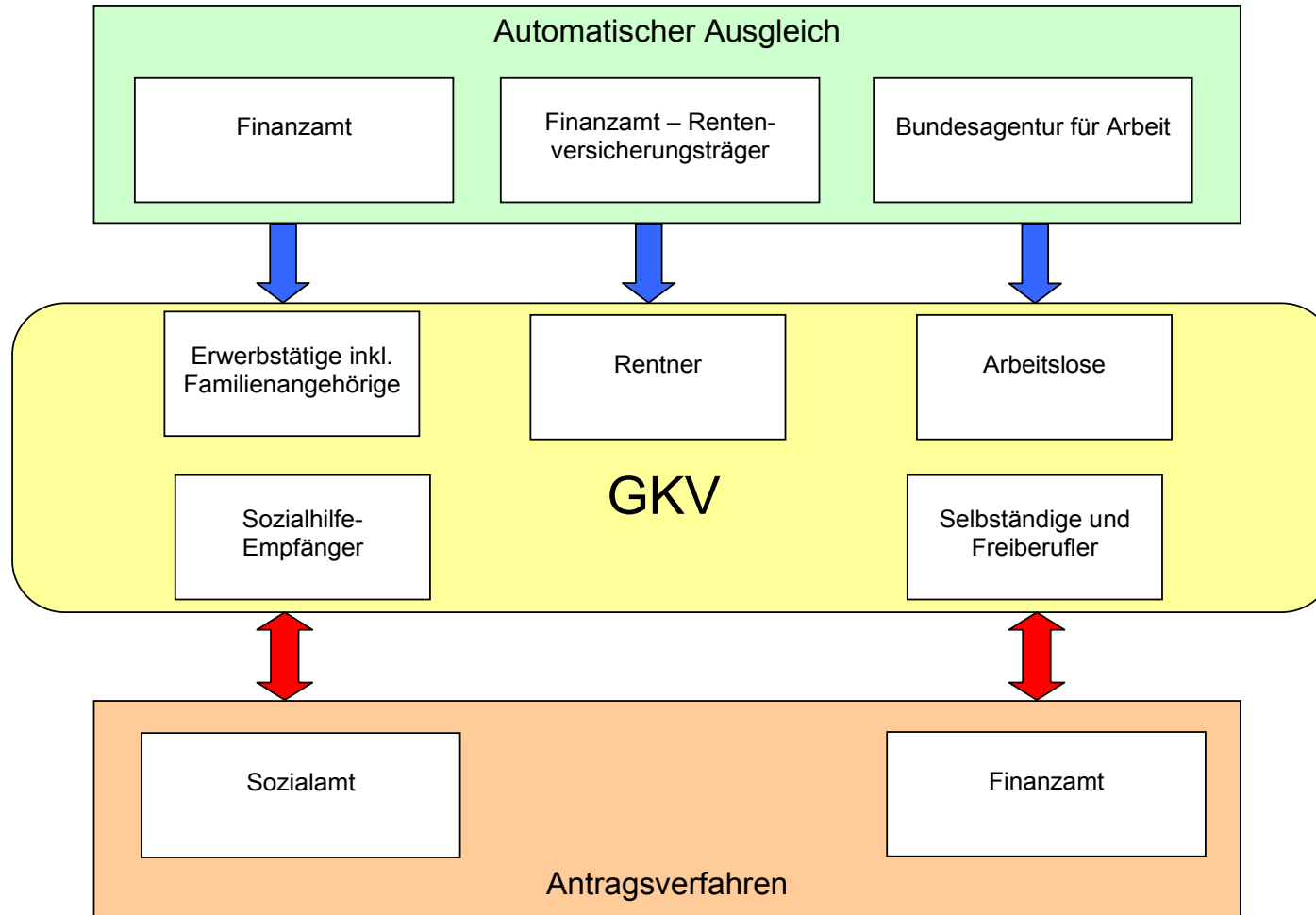
Von diesen Transfersystemen sind sehr heterogene Bevölkerungskreise betroffen (Sozialhilfeempfänger, Einkommensschwache, Bedürftige, Beamte) und die Systeme sind teilweise auch sehr komplex (beispielsweise die Überprüfung der Vorteilhaftigkeit von Kindergeld oder Kinderfreibetrag). Dennoch stellen alle Transfersysteme Beispiele für funktionierende Antragsysteme dar, die im Zeitablauf auch an Akzeptanz in der Bevölkerung gewinnen konnten.

Eine wichtige Entscheidung bezüglich der erforderlichen Strukturen betrifft weiterhin die Frage nach einer eher zentralen bzw. eher dezentralen Entscheidungs- und Organisationsstruktur. Wird die Kompetenz zentral gebündelt oder werden unterschiedliche Organisationsstrukturen in die Zuständigkeit miteinbezogen? Für eine zentrale Lösung spricht die höhere Transparenz für den Anspruchsberechtigten. In diesem Fall stellt sich dann die Frage, welche Stelle hierfür konkret in Frage kommt. Ansatzpunkte bilden beispielsweise die Sozialämter der Kommunen, die Finanzämter oder die Bundesanstalt für Arbeit mit ihren angegliederten

Arbeitsämtern. Alle genannten Einrichtungen verfügen über einen hohen Bekanntheitsgrad in der Bevölkerung. Allerdings würde bei einer solchen Entscheidung die Anspruchsberechtigung letztlich nur nach Antrag erfolgen, was einen hohen bürokratischen Aufwand zur Folge hätte.

Bei einer dezentralen Lösung würde je nach Versichertentyp die Zuständigkeit für den sozialen Ausgleich an einen Ansprechpartner delegiert. Der Kreis der Versicherten lässt sich dabei grundsätzlich in Erwerbstätige inkl. ihrer Familienangehörigen, Sozialhilfeempfänger, Rentner und Pensionäre, in die Gruppe der Selbständigen, Freiberufler und Beamte sowie in Arbeitslose unterteilen. Bei der ersten Gruppe würde der Ausgleich direkt zwischen Finanzamt und der zuständigen Krankenkasse abgewickelt. Für Sozialhilfeempfänger würde sich im Rahmen der bestehenden Strukturen ein Prämienzuschuss auf Basis eines zuvor gestellten Antrages ergeben. Für Rentner und Pensionäre könnte der Ausgleich in Analogie zur Gruppe der Erwerbstätigen ausgestaltet werden. Voraussetzung dafür ist jedoch die vollständige Umsetzung der nachgelagerten Besteuerung der Renten. Dies ist zwar bereits gesetzlich beschlossen, der Übergangszeitraum erstreckt sich aber auf die nächsten drei bis vier Jahrzehnte. Bis dies geschehen ist, bleibt als weitere Möglichkeit die Abwicklung der Transfers über den jeweiligen Rentenversicherungsträger. Dies gilt auch für die so genannten Minirenten, für die keine Einkommensteuererklärung abgegeben werden muss. Für die Gruppe der Selbständigen und Freiberufler ließe sich der Ausgleich in Anlehnung an das Steuersystem in Form von monatlichen Abschlägen durchführen, wobei am Jahresende eine erneute Prüfung erfolgen würde. Für Arbeitslose sollte die Zuständigkeit bei der Bundesagentur für Arbeit und damit bei den zugehörigen Arbeitsämtern liegen. Hierbei könnte ein automatischer Ausgleich ähnlich dem zwischen Finanzämtern und Krankenkassen erfolgen. Eine grafische Darstellung der geschilderten Ansatzpunkte für den automatischen Ausgleich und für das Antragsverfahren enthält Abbildung 1. Bei der Finanzierung des sozialen Ausgleichs ist weiterhin sicherzustellen, dass die dafür vorgesehenen Mittel dem Zugriff der politisch Verantwortlichen entzogen werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Mittel bei Auftreten von Haushaltsengpässen für alternative Verwendungszwecke ausgegeben werden und damit nicht mehr zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs in der Krankenversicherung zur Verfügung stehen. Dabei sollte sichergestellt werden, dass die öffentliche Hand die Prämiensubventionierung langfristig und dauerhaft übernimmt. Dies könnte beispielsweise im Rahmen eines Leistungsgesetzes erfolgen, welches den Anspruch auf Prämienzuschüsse regelt.

Abbildung 1: Organisation des sozialen Ausgleichs im wettbewerblichen Krankenversicherungssystem



Quelle: Eigene Darstellung.



Ein solches Leistungsgesetz würde zur Sicherstellung der Finanzierung beitragen und bietet zudem die Möglichkeit der übersichtlichen und gleichmäßigen Gewährung der erforderlichen Unterstützungszahlungen. Vor einem unberechtigten Zugriff zu schützen wären auch mögliche Altersrückstellungen, wie sie die Vorsorgebeträge im Herzog-Modell vorsehen. Ein solcher Schutz könnte etwa durch die Bildung eines Sondervermögens erreicht werden, welches das akkumulierte Kapital der allgemeinen Finanzierungsmasse des Haushalts entzieht.

Einen abschließenden Überblick über die einzelnen Vorschläge zur konkreten Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs im Züricher Modell sowie in den anderen Prämienmodellen beinhaltet Tabelle 5.

Tabelle 5: Ansatzpunkte für die konkrete Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs

Bereich	Ausgestaltung
Institutionelle Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Finanzierung durch Bund</li> <li>▪ Zuständigkeit nach „Versichertentyp“:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erwerbstätige inkl. Familienangehöriger: automatischer Ausgleich zwischen Finanzamt und Krankenkasse</li> <li>• Sozialhilfeempfänger: Antragsverfahren</li> <li>• Rentner: automatischer Ausgleich Finanzamt – Krankenkasse bzw. bis zur vollständigen Umsetzung der nachgelagerten Besteuerung: Ansiedlung beim Rentenversicherungsträger</li> <li>• Selbständige und Freiberufler: Abschlag nach Antrag und Verrechnung gemäß Einkommensteuerbescheid</li> <li>• Arbeitslose: automatische Abrechnung über Bundesanstalt für Arbeit</li> </ul> </li> </ul>
Sicherheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leistungsgesetze</li> <li>▪ Sondervermögen für Altersrückstellungen</li> <li>▪ Schwankungsreserve</li> </ul>

<sup>a)</sup> Nach Auszahlung und Besteuerung des Arbeitgeberbeitrags zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Quelle: Eigene Darstellung.

## 6 Zusammenfassung in Thesen

- 1) Die Herausforderungen an die Sozial- und Gesundheitspolitik können nur gemeistert werden, wenn die entsprechenden Systeme wettbewerblich und pluralistisch ausgestaltet werden. Dazu ist ein Systemwechsel in der Krankenversicherung erforderlich, der als Kernelement die institutionelle Separierung von „Versicherungsleistung“ und sozialpolitisch erwünschter „Umverteilungsleistung“ vorsieht.
- 2) Diese Anforderungen an eine nachhaltige Gesundheitsreform erfüllt insbesondere das Reformkonzept von Zweifel und Breuer, das als so genanntes „Züricher Modell“ in die Reformdebatte eingebracht wurde. Da es einen Übergang zu risikogerechten Prämien vorsieht, handelt es sich um das Reformmodell mit der stärksten wettbewerblichen Neuausrichtung. Die Auslagerung des sozialen Ausgleichs durch Zuschüsse an Versicherte mit geringem Einkommen sehen aber auch andere Prämienmodelle vor. Sie alle plädieren für einen Systemwechsel, wenn auch in teilweise sehr unterschiedlichen Varianten. Die zentralen Fragen, auf die das Kurzgutachten versucht, eine Antwort zu geben, lauten: „Ist der Systemwechsel finanzierbar?“ und „Wie könnte eine konkrete Ausgestaltung der Auslagerung des sozialen Ausgleichs in das Steuer- und Transfersystem aussehen?“
- 3) Unsere Untersuchung zeigt, dass eine kostenneutrale Finanzierung des Systemwechsels im Rahmen des „Züricher Modells“ prinzipiell möglich erscheint. Insbesondere im Hinblick auf eine anzustrebende langfristig stabile Finanzierung erscheint es sinnvoll, die Finanzierung aber nicht nur auf zwei Finanzierungsinstrumente aufzubauen (Besteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrags und Abbau der Quersubventionen), sondern der Gegenfinanzierung weitere Finanzierungsinstrumente zu Grunde zu legen, so dass die damit verbundenen Risiken diversifiziert werden können.
- 4) Die Analyse der konkreten Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs in das Steuer- und Transfersystem zeigt, dass weitgehend auf bereits bestehende Strukturen zurückgegriffen werden kann. Als Verfahren kommen dabei sowohl das Antragsverfahren als auch eine automatische Verrechnung von Prämienzahlung und Bezuschussung zur Anwendung. In diesem Zusammenhang kann auf bestehende Strukturen bei Finanzämtern, Sozialhilfeämtern, Rentenversicherungsträgern, Arbeitsämtern und Krankenkassen zugegriffen werden.
- 5) Langfristig besteht allerdings auch bei Prämienmodellen die Tendenz zu weiter ansteigenden Prämien, die durch die Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts in

Verbindung mit dem demographischen Wandel hervorgerufen werden. Durch die stärkere Wettbewerbsausrichtung der Prämienmodelle im allgemeinen und des „Züricher Modells“ im besonderen, dürfte der Kostendruck jedoch weniger stark ausfallen bzw. dann sogar eher zu finanzieren sein, da die Systemumstellung insgesamt mit positiven Wachstums- und Beschäftigungseffekten einhergehen wird.

## **Literatur**

- Börsch-Supan, A. (2000)**, Soziale Sicherung: Herausforderungen an der Jahrhundertwende, Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, Universität Mannheim, No. 590-00, Mannheim.
- Börsch-Supan, A. (2001)**, Quo Vadis Rentenversicherung? Alternativen und Ergänzungen zur umlagefinanzierten Rente, in: Schmähl, W., Ulrich, V. (Hrsg.), Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen, Mohr Siebeck, Tübingen, S. 205-220.
- Breyer, F. (2003)**, Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge – eine Begriffsklärung, DIW-Diskussionspapiere 330, Berlin.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2002)**, Sozialbericht 2001, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003)**, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin.
- CDU-Parteitagbeschluss (2003)**, Beschluss des 17. Parteitages der CDU Deutschlands 2003 „Deutschland fair ändern“, Online im Internet: URL: <http://www.cdu.de/> [Stand 4.12.2003].
- Expertenkommission der der Heinz Nixdorf Stiftung, der Ludwig-Erhard-Stiftung und der Bertelsmann Stiftung (2003)**, Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft, Berlin und Gütersloh.
- Fetzer, S., Mevis, D. und Raffelhüschen, B. (2003)**, Zur Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens. Eine Nachhaltigkeitsstudie zur marktorientierten Reform des deutschen Gesundheitswesens, Gutachten im Auftrag des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller, Berlin.
- Gerlinger, T. (2003)**, Gesundheitsreform in der Schweiz – ein Modell für die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung?, in: Jahrbuch für kritische Medizin 38: Gesundheitsreformen – internationale Erfahrungen, Hamburg, S. 10-30.

- Henke, K.-D. (2001)**, Der parafiskalische Finanzausgleich, dargestellt am Beispiel der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in: Henke, K.-D. und Schmähl, W. (Hrsg.), Finanzverflechtung in der Sozialen Sicherung, Nomos, Baden-Baden, S. 78-93.
- Henke, K.-D. et al. (2002)**, Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen, in: Vereinte Krankenversicherung AG (Hrsg.), Deutschland, München.
- Knappe, E. und Arnold, R. (2002)**, Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit, München.
- Koch, R. und Steinbrück, P. (2003)**, Subventionsabbau im Konsens. Der Vorschlag der Ministerpräsidenten Roland Koch und Peer Steinbrück, Online im Internet: URL: [http://www.presseservice.nrw.de/pub/docs/pm/pm2003/q3/subventionsabbau/subventionsabbau\\_komplett.pdf](http://www.presseservice.nrw.de/pub/docs/pm/pm2003/q3/subventionsabbau/subventionsabbau_komplett.pdf) [Stand: 5.12.2003].
- Kronberger Kreis (2002)**, Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen, Kronberger Kreis Studie Nr. 39, Berlin.
- Kommission Soziale Sicherung der CDU zur Reform der sozialen Sicherungssysteme (2003)**, Bericht der „Herzog-Kommission“, 29. September 2003, Berlin.
- Peffekoven, R. (2003)**, Steuern und Abgaben – Bremse für Beschäftigung und Aufschwung? Schriftliche Fassung eines Vortrags anlässlich der Jahreshauptversammlung des Verbandes der Metall- und Elektroindustrie Rheinland – Rheinhessen e.V. am 8.4.2003 in Bad Kreuznach.
- Pfaff, A. et al. (2003)**, Auswirkungen verschiedener Modellvarianten von Kopfpauschalen auf die Finanzierung von Krankenversicherungsleistungen in Deutschland, Gutachten gefördert durch die Hans Böckler Stiftung, Augsburg-Stadtbergen.
- Rothschild, M. und Stiglitz, J. E. (1976)**, Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information, in: Quarterly Journal of Economics, 90, 629-649.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002)**, Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Jahresgutachten 2003/03, Metzler-Poeschel, Stuttgart.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2003)**, Staatsfinanzen konsolidieren - Steuersystem reformieren, Jahresgutachten 2003/2004, Metzler-Poeschel, Stuttgart.
- Schmähl, W. und Ulrich, V. (Hrsg.) (2001)**, Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen, Mohr Siebeck, Tübingen.

**Statistisches Bundesamt (2003)**, Statistische Jahrbuch 2003 für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden.

**WHO (2000)**, World Health Report 2000, Health Systems, Improving Performance, Geneva.

**Wille, E. (2003)**, Die GKV zwischen Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis und Ausgabendynamik, in: Albring, M. und Wille, E. (Hrsg.), Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen, Lang, Frankfurt/M., S. 39-58.

**Zweifel, P. und Breuer, M. (2002)**, Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, Gutachten im Auftrag des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller, Zürich.