

SOEPPapers
on Multidisciplinary
Panel Data Research

9

Klaus-Dirk Henke
Hanfried H. Andersen
Markus M. Grabka



DIW Berlin

German Institute
for Economic Research

SOEP

The German
Socio-Economic
Panel Study

Pauschalprämienmodelle zur Finanzierung
des Gesundheitswesens:
Strukturparameter – Gestaltungsoptionen –
Simulationen

Berlin, March 2007

SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research at DIW Berlin

This series presents research findings based either directly on data from the German Socio-Economic Panel Study (SOEP) or using SOEP data as part of an internationally comparable data set (e.g. CNEF, ECHP, LIS, LWS, CHER/PACO). SOEP is a truly multidisciplinary household panel study covering a wide range of social and behavioral sciences: economics, sociology, psychology, survey methodology, econometrics and applied statistics, educational science, political science, public health, behavioral genetics, demography, geography, and sport science.

The decision to publish a submission in SOEPpapers is made by a board of editors chosen by the DIW Berlin to represent the wide range of disciplines covered by SOEP. There is no external referee process and papers are either accepted or rejected without revision. Papers appear in this series as works in progress and may also appear elsewhere. They often represent preliminary studies and are circulated to encourage discussion. Citation of such a paper should account for its provisional character. A revised version may be requested from the author directly.

Any opinions expressed in this series are those of the author(s) and not those of DIW Berlin. Research disseminated by DIW Berlin may include views on public policy issues, but the institute itself takes no institutional policy positions.

The SOEPpapers are available at
<http://www.diw.de/soeppapers>

Editors:

Georg **Meran** (Vice President DIW Berlin)

Gert G. **Wagner** (Social Sciences)

Joachim R. **Frick** (Empirical Economics)

Jürgen **Schupp** (Sociology)

Conchita **D'Ambrosio** (Public Economics)

Christoph **Breuer** (Sport Science, DIW Research Professor)

Anita I. **Drever** (Geography)

Elke **Holst** (Gender Studies)

Frieder R. **Lang** (Psychology, DIW Research Professor)

Jörg-Peter **Schräpler** (Survey Methodology)

C. Katharina **Spieß** (Educational Science)

Martin **Spieß** (Survey Methodology)

Alan S. **Zuckerman** (Political Science, DIW Research Professor)

ISSN: 1864-6689

German Socio-Economic Panel Study (SOEP)
DIW Berlin
Mohrenstrasse 58
10117 Berlin, Germany

Contact: Uta Rahmann | urahmann@diw.de

Pauschalprämienmodelle zur Finanzierung des Gesundheitswesens

Strukturparameter – Gestaltungsoptionen – Simulationen

Klaus-Dirk Henke *
Hanfried H. Andersen *
Markus M. Grabka **

Berlin, März 2007

* TU Berlin

*** DIW Berlin, SOEP, mgrabka@diw.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung: Nach der Reform ist vor der Reform.....	1
2	Zum „Bauplan“ von Finanzierungsmodellen	4
2.1	Personelle Ebene	5
2.2	Organisatorisch-institutionelle Parameter	5
2.3	Formen der Beitragsgestaltung	6
2.4	Leistungsumfang	7
3	Eine Übersicht ausgewählter Pauschalprämienmodelle	8
3.1	Die grundlegenden Reformoptionen „Bürgerversicherung“ vs. „Prämienmodelle“	8
3.2	Strukturschema der tabellarischen Darstellung	10
3.3	Ausgewählte Varianten von Prämienmodellen	12
3.4	Tabellarische Übersicht der Pauschal- bzw. Gesundheitsprämienmodelle (Quellen im Text)	17
4	Wirkungsparameter und finanzielle Größenordnungen zentraler Gestaltungsoptionen in vorliegenden Prämienmodellen	31
4.1	Methodische Anmerkungen zur Berechnung der finanziellen Folgewirkungen	31
4.2	Exemplarische Simulation von Gestaltungsoptionen	33
4.2.1	Zu den finanziellen Auswirkungen von Unterschieden des methodischen Vorgehens	33
4.2.1.1	Datenbasis	33
4.2.1.2	Variation des Referenzzeitpunktes	35
4.2.2	Variationen der personellen Ebene	35
4.2.3	Variationen der Formen der Beitragsgestaltung	36
4.2.3.1	Höhe der maximalen Prämienbelastung	36
4.2.3.2	Variationen der Bemessungsgrundlage	38
4.2.3.3	Arbeitgeberbeiträge	40
4.2.4	Variationen des Leistungsumfangs	41
5	Ausblick	42
	Literatur	45

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1 Höhe der tatsächlich geleisteten Pauschalprämie in € / Monat in Abhängigkeit von der maximalen Belastungsgrenze am Beispiel eines Ein- Personenhaushalts	37
Abbildung 2 Höhe der Bemessungsgrundlage in € / Monat bis zu der sozialer Ausgleichsbedarf besteht, am Beispiel eines Ein- und Zwei- Personenhaushalts	38
Tabelle 1 Volumen des sozialen Ausgleichs verschiedener Reformmodelle und Anteil der Haushalte mit Ausgleichsbedarf.....	39

1 Einleitung: Nach der Reform ist vor der Reform

Das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)“ ist verabschiedet. Dennoch, auch für das „GKV-WSG“ wird gelten: Nach der Reform ist vor der Reform. Diese Feststellung impliziert aber nicht die Prognose eines Scheiterns der Intentionen dieser Reform. Denn es wird kein Regelungssystem zur Absicherung des Krankheitsrisikos geben, dass in sachlicher und zeitlicher Hinsicht eine endgültige Lösung der grundlegenden Probleme bedeuten würde. Denn auch für die Zukunft gelten die folgenden Herausforderungen:

- Die zunehmende Alterung der Bevölkerung gefährdet insbesondere umlagefinanzierte Sozialversicherungssysteme, da das Verhältnis von jüngeren und tendenziell gesünderen Beitragszahlern zugunsten älterer, tendenziell kränkerer Beitragszahler verändert wird. Auch wenn die weiter andauernden Diskussionen über die Gültigkeit von Medikalisierungsthese einerseits oder Kompressionsthese¹ andererseits noch keine zuverlässigen Prognosen zulassen, wie hoch der Kostenanstieg durch den demographischen Wandel wirklich sein wird, besteht an dem grundlegenden Zusammenhang von Alterung und Ausgabenanstieg kein Zweifel.²
- Die zunehmende Globalisierung ist eine Herausforderung an die Wettbewerbsfähigkeit jedes Wirtschaftsstandortes. Die Senkung der Lohnnebenkosten durch eine Reform auch der Finanzierung ist angesichts drohender bzw. tatsächlicher Arbeitslosigkeit eine Forderung insbesondere der Arbeitgeber und ihrer Verbände.
- Demographischer Wandel und Probleme im Beschäftigungssystem zusammen bewirken eine zunehmende Erosion der Finanzierungsbasis lohn- und gehaltsbezogener Beitragsbemessungsgrundlagen.
- Die Finanzierung des medizinisch-technischen Fortschritts zeigt besonders die Schnittstellen von Finanzierungsseite, Leistungsseite und politischer Zielsetzung. Wenn – wie derzeit in Deutschland – die Teilhabe aller Versicherten an den wünschenswerten Leistungen des medizinisch-technischen Fortschritts ein prioritäres Ziel der Finanzierungsreform sein

¹ Die Medikalisierungsthese geht von einer überproportionalen Steigerung der Gesundheitsausgaben im Alter aus, weil vor allem aufgrund des medizinischen Fortschritts immer mehr nicht gesunde Menschen ein höheres Alter erreichen; demgegenüber besagt die Kompressionsthese, dass die Gesundheitsausgaben in Nähe des Todes sprunghaft ansteigen. Siehe hierzu im einzelnen Niehaus, F. 2006.

² Aktuelle Berechnungen über den Zusammenhang werden vorgelegt in Rürup 2007.

soll, dann müssen entsprechende Vorkehrungen für die grundsätzlich nur bedingt prognostizierbaren Ausgabenpotentiale getroffen werden.

Aus dieser Problembeschreibung lassen sich unmittelbar die zentralen Zielvorstellungen jeder Finanzierungsreform³ ableiten:

- höhere Nachhaltigkeit der Finanzierung;
- Glättung bzw. Abfederung des demographischen Risikos;
- Beschäftigungseffekte auf der Arbeitsangebots- und der –nachfrageseite.

Die Verfechter der Finanzierung des Krankheitsrisikos über Pauschalprämien vertreten nun die Überzeugung, dass ihre Modelle – vor allem im Vergleich zu der einkommensbezogenen Beitragsgestaltung – besser geeignet sind, diese Ziele zu erreichen. Zusätzlich werden als Vorteile der Gesundheitsprämie noch genannt:

- höhere Verteilungsgerechtigkeit;
- verstärkter Wettbewerb unter den Anbietern in der Leistungserbringung;
- höhere Effizienz des Krankenversicherungsmarktes.

Vor dem Hintergrund dieser Ausgangssituation kann es nicht Ziel dieser Studie sein, ein bestimmtes Gesundheitsprämienmodell vorzulegen, zu diskutieren und die Implementierungschancen auszuloten. Ziel ist vielmehr eine Systematik der „Bausteine“, eine Systematik aller zugrunde liegenden relevanten Dimensionen, die es erlaubt, unterschiedliche Modelle vergleichbar zu machen. Eine Voraussetzung dafür ist zuallerst, die „differentia specifica“ der einzelnen Varianten herauszuarbeiten.

In Kapitel 2 werden die strukturellen Grundlagen eines Bauplans von Finanzierungsmodellen kurz dargestellt. Diese Strukturparameter umfassen alle relevanten Dimensionen, die bei der Finanzierung berücksichtigt werden müssen. Im 3. Kapitel werden verschiedene Varianten von Prämienmodellen vorgestellt, die in Deutschland diskutiert wurden bzw. werden. Dabei werden einleitend anhand einer kurzen Gegenüberstellung der Grundmodelle „Bürgerversicherung“ vs. „Gesundheitsprämienmodelle“ die entscheidenden Differenzen dieser alternativen Formen kurz dargestellt. Im Anschluss an eine knappe Analyse der Zusammenhänge bei den Gestaltungsoptionen für Prämienmodelle werden die wichtigsten der in den letzten Jahren in vorgelegten Varianten tabellarisch vorgestellt.

³ Zu den zentralen Zielvorstellungen jeder Finanzierungsreform vgl. SVRKAiG 1998, S. 262.

Im 4. Kapitel werden einleitend einige allgemeine Implikationen diskutiert, die sich bei der Fokussierung auf finanzielle Größenordnungen im Gesundheitswesen ergeben können. Dann wird für die besonders bedeutsamen Gestaltungsoptionen diskutiert, welche unterschiedlichen finanziellen Konsequenzen für die angegebenen Wirkungsparameter sich bei den verschiedenen Modellen ergeben, welche Begründungen vorliegen, welche Probleme vor allem gelöst werden sollen und welche Zielvarianten jeweils vorherrschen.

Abschließend soll ein Ausblick auf die sich abzeichnenden Optionen unter Berücksichtigung des GKV-WSG gegeben werden.

2 Zum „Bauplan“ von Finanzierungsmodellen

Die Metapher vom Gesundheitswesen als einer „Dauerbaustelle“ wird seit Jahren immer wieder verwendet. Allerdings sollte darauf verwiesen werden, dass eine Reform in kurzen Abständen keineswegs immer „negativ“ sein muss, sondern durchaus auch als Zeichen für Reformfähigkeit und Anpassungsfähigkeit des parlamentarischen Systems und der Selbstverwaltung an sich verändernde Umweltbedingungen gesehen werden kann.

Wenn man das Bild vom „Bau“ aufnehmen will, sollte auch identifiziert werden können, was „Grundpfeiler“ oder „Eckpfeiler“ der Reform bzw. der Modelle sind und was als „Ausstattungsvarianten“ bestimmter Grundmodelle bezeichnet werden kann. Es bedarf deshalb eines Strukturschemas, in dem alle Dimensionen enthalten sein müssen, um Finanzierungsmodelle konfigurieren zu können. Und für jeden Strukturparameter wiederum sind immer unterschiedliche Ausprägungen möglich. Diese Ausprägungen differenzieren dann die jeweiligen konkreten Modelle.

Ziel dieses Kapitels ist der Entwurf eines derartigen kategorialen Schemas, um für die in der Diskussion bezüglich der Reform der Finanzierung der Krankenversicherung diskutierten Varianten ein tabellarisches Raster entwickeln zu können. Dadurch soll ein Vergleich der verschiedenen Modelle im Hinblick auf die zentralen Unterschiede in den Finanzierungsmodalitäten ermöglicht werden. Dies gilt vor allem im Hinblick auf Dimensionen der Programmentwicklung (z. B. Reichweite in sachlicher und zeitlicher Hinsicht, Innovationsgrad, Systemnähe), im Hinblick darauf, welche Probleme primär mit der gewählten Finanzierungsform gelöst werden sollen und welche Ziele als prioritär angesehen werden.

Im Folgenden werden zunächst die zentralen Strukturparameter und Gestaltungsoptionen als Basis für das tabellarische Schema kurz beschrieben. Dabei werden vier Strukturebenen unterschieden:

- die personelle Ebene,
- die organisatorisch-institutionellen Parameter,
- die Formen der Beitragsgestaltung und
- der Leistungsumfang.

Diese vier Ebenen können auch als strukturelle Basis für die primär horizontalen Verflechtungen der Finanzierungsmodelle bezeichnet werden. „Horizontale Verflechtung“ in diesem Kontext soll verdeutlichen, dass es vor allem auf die unterschiedlichen Kombinationen von Gestaltungsvarianten der vier Ebenen ankommt.

In den folgenden knappen Übersichten können selbstverständlich nicht alle für die jeweiligen Strukturparameter möglichen Gestaltungsvarianten erwähnt werden. Es sollen vor allem jene hervorgehoben werden, die für die Diskussion der Prämienmodelle relevant sind.⁴

2.1 Personelle Ebene

Zentrale Gestaltungsoption und grundlegende normative Entscheidung auf der personellen Ebene ist die Frage nach der personellen Vollständigkeit; also danach, ob die gesamte Wohnbevölkerung in eine Versicherungspflicht einbezogen werden soll oder ob nach bestimmten Kriterien Bevölkerungsgruppen ausgeschlossen bzw. befreit werden. Diese Kriterien können z.B. berufsspezifisch (Beamte) oder einkommensspezifisch (Beitragsbemessungsgrenze) sein.

So ist beispielsweise in Deutschland die „Versicherungspflicht für alle“ die zentrale Forderung der Befürworter der Bürgerversicherung⁵. Zu unterscheiden ist darüber hinaus nach beitragszahlenden und (beitragsfrei) mitversicherten Personengruppen⁶. Zu unterscheiden ist hier die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Kindern.

2.2 Organisatorisch-institutionelle Parameter

Die grundlegenden organisatorisch-institutionellen Parameter bei der Gestaltung einer sozialen Krankenversicherung unterscheiden sich bei einer Einkommensorientierung oder den Gesundheitsprämienmodellen nicht. In beiden Fällen muss die Finanzierungsart festgelegt werden, über Trägerstrukturen eine Entscheidung erfolgen und im Rahmen der Ordnungspolitik auch ein öffentlich-rechtlicher oder privater Rechtsrahmen gefunden werden. Allerdings erfordert die Umsetzung der verschiedenen Pauschalprämienmodelle eine Reihe organisatorischer Vorkehrungen, insbesondere falls eine finanzielle Überforderung der Versicherten vermieden werden soll⁷. Diese – im Aufwand vermutlich nicht unerheblichen Konsequenzen –

⁴ Pfaff et al. 2006 zählen in Deutschland für die „soziale Sicherung“ insgesamt 23 Gestaltungsparameter mit zahlreichen, teils kontinuierlichen Ausprägungen, die vielfach miteinander kombinierbar sind; S. 15ff.

⁵ Rürup-Kommission 2003.

⁶ Gemäß GKV-WSG gilt Versicherungspflicht für alle

⁷ Breyer et al. 2001.

ergeben sich vor allem aus dem erforderlichen sozialen Ausgleichs. So wird der bürokratische Aufwand bei der Ermittlung des Transferbedarfs von einer Reihe von Kritikern als eine entscheidende Restriktion bei der Beurteilung der Implementierungschancen von Prämienmodellen angesehen.⁸ Andererseits werden auch Umsetzungsszenarien diskutiert, die z. B. bei der Beitragskalkulation zu einer nicht unerheblichen Reduktion des bürokratischen Aufwands im Vergleich zur einkommensabhängigen Kalkulation führen könnte. Dies wird beispielsweise bei der Umsetzung des vom wissenschaftlichen Beirat beim Bundesfinanzministerium vorgelegten Modells angenommen.⁹

2.3 Formen der Beitragsgestaltung

Parameter, die unmittelbar die Finanzierung betreffen, differenzieren - neben der personellen Ebene - die unterschiedlichen Modelle. Die grundlegende Frage ist die nach der *Finanzierungsart*. „Reine“ Varianten sind hier die ausschließliche Finanzierung aus allgemeinen Deckungsmitteln, als überwiegend aus einer Steuerfinanzierung, die alleinige Prämienfinanzierung, die ausschließliche Finanzierung über Sozialversicherungsbeiträge und das individuelle Sparen. Zwischen diesen Varianten sind mehrere unterschiedliche Kombinationsmöglichkeiten möglich.

Extrempunkte bei den *Finanzierungsverfahren* sind Umlage- einerseits und Kapitaldeckungsverfahren andererseits. Auch zwischen diesen beiden Verfahren sind Kombinationen möglich, die bei den einzelnen Modellen auch vorgeschlagen werden.¹⁰ Die größten Möglichkeiten unterschiedlicher Kombinationen bieten die einzelnen Parameter der *Beitragsgestaltung im engeren Sinne*. Dazu zählen die Fragen nach risikoäquivalenten Prämien, nach pauschalen Modellen in unterschiedlicher Form oder nach Art und Umfang der Beitragsbemessungsgrundlage bei einer einkommensabhängigen Beitragsbemessung sowie der Festlegung von Belastungsgrenzen. Ein für die Diskussion der Pauschalmodelle besonders relevanter Punkt ist die paritätische Trägerschaft, also die Ausgestaltung des Arbeitgeberbeitrags bzw. Dienstgeberbeitrags.

⁸ Jacobs 2006.

⁹ Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell, Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen vom 8. Oktober, Berlin 2005; Zum Gesundheitsfonds vgl. Richter 2005.

¹⁰ Henke, K.-D., W. Johannssen, G. Neubauer, U. Rumm, J. Wasem 2002; Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen, Band 77 der Schriftenreihe des Bundesministeriums der Finanzen, Berlin 2004.

2.4 Leistungsumfang

Der Leistungsumfang, also Art und Umfang erstattungsfähiger Leistungen, gehört sicherlich zu den politisch brisantesten Themen gesundheitspolitischer Reformen. Wer die langjährigen Diskussionen um die Festlegung eines Katalogs der Grundsicherung, um die Definition versicherungsfremder Leistungen oder um die nach Ansicht einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Wissenschaftlern unvermeidliche Rationierung verfolgt¹¹ wird davon ausgehen können, dass mehr als nur marginale Veränderungen des Leistungsumfangs vermutlich noch höhere Implementierungsschwellen zur Folge haben werden als die Reform der Finanzierung. Andererseits ist es beispielsweise ohne große Proteste der Versicherten zu einer nahezu vollständig privaten Finanzierung von Brillen über Konsumausgaben gekommen. Auch die zahnmedizinische Behandlung steht in Art und Umfang immer wieder zur Diskussion, zumal in vielen anderen Industrieländern die Ausgaben für die Leistungen unter den persönlichen Konsum fallen.

Nun hat der Umfang des sog. Leistungskatalogs keinen unmittelbaren Zusammenhang mit den verschiedenen Finanzierungsmodellen; Variationen des Leistungsumfangs werden in allen alternativen Konstruktionsmodellen diskutiert¹². So werden auch mehrere Varianten des Leistungsumfangs in verschiedenen Prämienmodellen erörtert, sei es, um die Höhen der Prämien „implementierungsfähiger“ zu machen, oder sei es, um die Höhe des durch Steuern zu finanzierenden Ausgleichsvolumens zu reduzieren.

Ein Aspekt, der sich zumindest mittelbar mit der Alternative der Gesundheitsprämien verknüpfen lässt, ist allerdings die Diskussion um Wahltarife, private Zusatzversicherungen und die Wettbewerbsintensivierung in der Leistungserbringung¹³. Veränderungen im Leistungskatalog dürften verknüpft werden mit einer umfassenderen Reform der vertraglichen Regelungen insbesondere auch im Hinblick auf die Vergütung der erbrachten Gesundheitsleistungen, mit neuen Formen der Versorgung und dem Anbieterwettbewerb. In diesem Zusammenhang wird deshalb die Auffassung vertreten, dass Prämienmodelle „besser“ geeignet sind, um mit dem Instrument der Wahltarife die Präferenzorientierung zu verbessern und den Versorgungswettbewerb zu intensivieren.¹⁴

¹¹ Breyer und Schultheiss 2003, SVRKAiG 1994.

¹² Grabka 2004.

¹³ erhebliche Möglichkeiten bietet hier das GKV-WSG.

¹⁴ Breyer et al. 2001.

3 Eine Übersicht ausgewählter Pauschalprämienmodelle

In diesem Kapitel wird ein tabellarischer Überblick über die wichtigsten Prämienmodelle vorgelegt, die in den letzten Jahren in Deutschland diskutiert wurden und werden. Anhand der Entwicklung eines tabellarischen Rasters soll versucht werden, das potentielle Spektrum von Varianten der Prämienmodelle aufzuzeigen, um es auf eine Frage zuzuspitzen: Warum gibt es nur ein Grundmodell „Bürgerversicherung“ mit wenigen Varianten, aber eine immer mehr anwachsende Zahl Varianten mit pauschaler Beitragsgestaltung?

Zunächst wird anhand der Alternative „Bürgerversicherung“ vs. „Prämienmodell“ kurz dargestellt, welche grundsätzlichen Differenzen es gibt und welche Gestaltungsoptionen nicht miteinander kompatibel sind und welche optional sind.¹⁵ Diese knappe Zusammenfassung scheint deshalb angebracht zu sein, weil in der zugespitzten gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland den beiden Alternativen gelegentlich Eigenschaften oder Wirkungsmöglichkeiten zugeschrieben werden, die keineswegs ausschließlich auf eine, sondern durchaus auf beide zutreffen können.

3.1 Die grundlegenden Reformoptionen „Bürgerversicherung“ vs. „Prämienmodelle“

Betrachtet man zunächst die personelle Ebene, so ist grundlegendes Merkmal des Modells der Bürgerversicherung die Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung, während in den vorliegenden Prämienmodellen der versicherte Personenkreis in der Regel differiert.¹⁶ Aber auch Prämienmodelle können die gesamte Wohnbevölkerung einbeziehen. Dies zeigt nicht nur der Beiratsvorschlag, sondern lässt sich z.B. auch am Vorschlag des DIW Berlin zeigen.¹⁷ Dort wird ein sogenanntes Bürgerprämienmodell präferiert, wobei eine Finanzierung mittels Prämien mit einer Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung kombiniert wird. Damit hat das Bürgerprämienmodell eine hohe Ähnlichkeit mit der Krankenversicherung der Schweiz bzw. der Niederlande, die seit dem 1.1.2006 eine pauschalierte Beitragsbemessung bei allgemeiner Versicherungspflicht eingeführt haben.¹⁸

¹⁵ Vgl. hierzu auch die Ausführungen auf Seite 13.

¹⁶ Siehe das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen zur Nachhaltigen Finanzierung der Renten- und Krankenversicherungen aaO, S:26ff.

¹⁷ Buchholz et al. 2001, Breyer et al. 2002.

¹⁸ Greß et al. 2005.

In beiden Reformmodellen (Bürgerversicherung bzw. Prämienmodell) lässt sich die beitragsfreie Mitversicherung der Ehepartner und der Kinder unterschiedlich regeln. Viele Ökonomen setzen sich für eine Trennung der Versicherungsaufgaben von den Umverteilungsaufgaben ein und wollen zumindest den Kinderlastenausgleich über Steuern finanzieren und dementsprechend die Beiträge aller Versicherten oder auch nur der erwerbstätigen Bevölkerung aufkommensneutral senken.¹⁹ Eine solche Trennung trüge zur Stärkung des Versicherungscharakters in der Gesetzlichen Krankenversicherung bei.

Unterschiede bestehen dagegen bei der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern ohne eigenes beitragspflichtiges Einkommen. In der Bürgerversicherung ist diese Ausgestaltung weiterhin fester Bestandteil der Krankenversicherung wohingegen in den vorliegenden Prämienmodellen diese Option aufgehoben ist; jeder Erwachsene hat (kassen-)einheitliche Gesundheitsprämien zu entrichten. Aber auch diese Unterschiede sind keine immanenten Bestandteile der Modelle, eine Ausgestaltung dieser Option ist auf beide Modellvarianten prinzipiell anwendbar, auch wenn dies insbesondere bei den Prämienmodellen bisher nicht weiter thematisiert wird.

Betrachtet man die Parameter der Beitragsgestaltung so ist zunächst festzustellen, dass beide Modelle einkommensbezogen sind.²⁰ Allerdings liegt einmal ein versicherungspflichtiges Einkommen als Bemessungsgrundlage zugrunde, während bei den Prämienmodellen die Beiträge zur Einkommensverwendung gehören und damit zu den Konsumausgaben gehören. Zudem sind beide Reformmodelle kompatibel in Bezug auf die Finanzierungsverfahren der Umlage als auch der Kapitaldeckung. So wird die (ergänzende) Kapitaldeckung sowohl in der bestehenden GKV²¹ und damit bei der Reformvariante der Bürgerversicherung als auch in Prämienmodellen²² diskutiert.

Grundsätzlich unterschiedlich erfolgt die Beitragsgestaltung: Die Bürgerversicherung hat als konstituierendes Element die einkommensabhängige Beitragsbemessung, das Prämienmodell unterstellt eine pauschale Beitragsbemessung. Als Folge davon stellt ein weiterer zentraler Unterschied der beiden Reformmodelle die Durchführung der Einkommensumverteilung dar. Bei der Bürgerversicherung ist die Einkommensumverteilung mit der einkommensproportionalen Beitragsgestaltung. Im Prämienmodell wird dagegen die Einkommensumverteilung ins

¹⁹ Siehe z.B. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen 2004; Göppfarth, Henke, 2006.

²⁰ Breyer 2003.

²¹ Cassel und Oberdieck 2002.

²² Henke et al. 2002.

Steuer- und Transfersystem verlagert, da - nach weitgehend übereinstimmender Überzeugung der ökonomischen Experten – die Einkommensverteilung zielgerichteter und effizienter durch steuerliche Maßnahmen erreicht werden kann. Die zentrale Aufgabe einer Krankenversicherung – der Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken – bleibt davon unberührt. Der Solidargedanke in der Versichertengemeinschaft erhält aber je nach Ausgestaltung des Finanzierungsverfahrens ein unterschiedliches Ausmaß bzw. eine unterschiedliche Ausprägung, da in der Bürgerversicherung wesentlich stärker der Gedanke der Einkommens-Solidarität betont wird, jedoch bei Beibehaltung von Obergrenzen bei der Beitragserhebung die regressive Wirkung nicht vermieden werden kann.

Ein weiterer Parameter der Beitragsgestaltung bezieht sich auf die Bemessungsgrundlage. Im Bürgerversicherungsmodell ist diese individuell angelegt, während beim Prämienmodell zur Bestimmung einer eventuellen Transferbedürftigkeit in den vorliegenden Modellen das Haushaltseinkommen herangezogen wird. Auch hier gilt aber, dass eine jeweils unterschiedliche Einkommensbasis in beiden Reformmodellen zugrunde gelegt werden kann. Dies gilt auch für den Umfang der Bemessungsgrundlage und den Arbeitgeberbeitrag, da in beiden Modellen neben dem Erwerbs- und Transfereinkommen weitere Einkommensarten „verbeitragt“ werden können, bzw. eine Beibehaltung des Arbeitgeberbeitrags, seine Festschreibung oder auch die Auszahlung möglich ist.

Betrachtet man letztlich den Aspekt des Leistungsumfangs, so wird bei beiden Reformmodellen eine Reduzierung nicht diskutiert. Der Leistungsumfang steht in keinem unmittelbaren Zusammenhang zu der Finanzierungsart. Diese Situation ändert sich aber dann, wenn die Versicherten mit ihren Prämien, die man auch als Gesundheitsguthaben ansehen kann, Krankenversicherungsschutz zu unterschiedlichen Bedingungen nachfragen können. Dazu müssten die Krankenkassen verschiedene Krankenversicherungspakete zu unterschiedlichen Preisen anbieten. Hier liegt der wettbewerbsstimulierende Charakter der Prämien (siehe dazu 5.4.). Allerdings sollte eine Versicherungsaufsicht auf die Einhaltung einer Grundsicherung im Krankheitsfalle achten.

3.2 Strukturschema der tabellarischen Darstellung

Die tabellarische Übersicht der zu diskutierenden Modelle orientiert sich an folgendem Schema:

1. Gestaltungsparameter

- Kalkulation der Beiträge
- Personelle Ebene
 - Versicherter Personenkreis
 - Beitragszahlender Personenkreis
- Grenzbelastung
- Arbeitgeberbeitrag
- Leistungskatalog
- Finanzierung des sozialen Ausgleichs

2. Wirkungsparemeter/finanzielle Größenordnungen

- Höhe der Prämien
- Ausgleichsvolumen
- Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte
- Verteilungswirkungen

3. Methodische Grundlagen und Datenbasis**4. Auftraggeber**

Basis des ersten Blocks „Gestaltungsparameter“ sind die Strukturparameter und Gestaltungsoptionen, wie sie in Kapitel 2 diskutiert wurden. Alle vorgelegten Modelle lassen sich durch unterschiedliche Kombinationen der dort aufgeführten Dimensionen beschreiben. Zentral für Unterschiede sind dabei die „personelle Ebene“ sowie die Optionen, die der Ebene „Beitragsgestaltung“ zuzurechnen sind.

Der zweite Block „Wirkungsparemeter/finanzielle Größenordnungen“ enthält die jeweiligen Folgewirkungen, die sich aufgrund der unterschiedlichen Kombinationen bei den Gestaltungsparametern ergeben. Die Wirkungsparemeter zeigen, dass die Folgewirkungen und damit auch die Vergleichsbasis der einzelnen Varianten immer in finanziellen Größenordnungen ausgewiesen werden müssen. Sie dokumentieren den prinzipiellen Unterschied von der prozentualen Höhe des Beitragssatzes der bestehenden gesetzlichen Krankenversicherung und den absoluten finanziellen Äquivalenten der Prämienmodelle.

Der dritten Block - die Hinweise auf Datenbasis und methodische Grundlagen - wurde deshalb aufgenommen, weil bei finanziellen Kennziffern immer die verwendete Datenbasis und die methodische Vorgehensweise Einfluss haben können.

Abschließend werden noch Informationen zu den Auftraggebern der unterschiedlichen Modelle einbezogen. Damit sind erste Hinweise auf den Begründungskontext und die Zielvorstellungen gegeben, die mit den je spezifischen Varianten verknüpft werden.

Ein Blick auf dieses Strukturschema lässt erkennen, warum die Zahl der pauschalen Modellvarianten so hoch ist. Bei der einkommensorientierten Finanzierung sind alle Varianten auf einen Wirkungsparameter (Höhe des Beitragssatzes) bezogen. Allerdings muss man beim Zeitvergleich von Beitragssätzen die unterschiedlichen Abgrenzungen der Leistungen und Einnahmen bereinigen, so dass der Beitragssatzvergleich aussagekräftig wird.²³ Bei den Pauschalmodellen sind immer mehrere Wirkungsparameter in jeweils differenzierten Relationen zueinander abzuwägen. Möchte man also die Folgewirkungen und damit die Implementierungschancen eines Prämienmodells beurteilen, dann muss immer ein Mix aus mehreren Wirkungsparametern berücksichtigt werden.

3.3 Ausgewählte Varianten von Prämienmodellen

In der folgenden tabellarischen Übersicht werden die wichtigsten der in Deutschland in den letzten Jahren vorgelegten Modellvarianten mit einer Option für Prämien wiedergegeben. Diese Liste von Pauschalvarianten ist selbstverständlich nicht vollständig; es liegen noch weitere Modellvarianten vor.²⁴

Ein Systemwechsel zur vollständigen Kapitaldeckung mit risikoäquivalenten Pauschalen stellte sicherlich die grundlegendste Veränderung dar. Diese Variante scheidet allerdings allein schon aufgrund des Unterstützungsbedarfes für die ältere Bevölkerung aus.²⁵ Eine weitere Reduzierung des Leistungsumfanges in Richtung einer Grundsicherung für alle weist ebenfalls erhebliche Implementierungsprobleme auf, wird aber angesichts der maroden Finanzlage der Sozialversicherung und der Gebietskörperschaften immer realistischer. Auch eine Mindestversicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung gewinnt zunehmend an Bedeutung.

Die folgenden Ausführungen zu den einzelnen Modellen sollen lediglich mit knappen Hinweisen das besondere Anliegen der ausgewählten Varianten von Prämienmodellen hervorheben.

²³ Siehe hierzu Braun, B., Kühn, H., Reiners, H., Das Märchen von der Kostenexplosion – Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, 3. Auflage, Frankfurt 1998.

²⁴ Z.B. zuletzt das „Bayreuther Manifest“, 2006.

Modell 1: Rürup, B./E. Wille (2004), Finanzierungsreform in der gesetzlichen Krankenversicherung, Gutachten im Auftrag des Verbandes der privaten Krankenversicherer

Dieses Gutachten geht von der gesetzlichen Krankenversicherung in ihren heutigen Abgrenzungen aus und soll deshalb zeitnah umsetzbar sein. Die bisherigen Arbeitgeberbeiträge werden für alle abhängigen Beschäftigten in Bruttolohnbestandteil umgewandelt und damit steuer- und sozialversicherungspflichtig. Die Prämien für Kinder sollten steuerfinanziert werden.

Modell 2: Bundesministerium für Gesundheit und Sozial Sicherung, Hrsg. (2003), Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission (Rürup-Kommission)

In diesem Modell soll die Umverteilung zu Gunsten der niedrigen Einkommen sowie zu Gunsten der beitragsfrei versicherten Ehepartner aus der GKV herausgelöst werden. Die Umverteilung zu Gunsten niedriger Einkommen soll stattdessen durch einen steuerlichen Transfermechanismus ersetzt werden, während die Umverteilung zu Gunsten von Einverdienerehepaaren entfällt.

Modell 3: CDU (2003), Beschluss des 17. Parteitages der CDU Deutschland 2003 „Deutschland verändern“, Berlin Christlich demokratische Union Deutschlands

Basis dieses Modells ist der Bericht der Herzog-Kommission (Modell 9), es unterscheidet sich aber in wesentlichen Elementen. Im Grundsatz wird ebenfalls ein kapitalgedecktes und einkommensunabhängiges Prämienmodell angestrebt, das allerdings nicht erst nach einer zehnjährigen Übergangsphase implementiert werden soll. Der Arbeitgeberbeitrag wird bei 6,5% der Bruttolohn- und -gehaltssumme eingefroren und steuerpflichtig an die Arbeitnehmer ausbezahlt.

Modell 4: CDU (2004), Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämienmodell, Berlin

Dieses Modell basiert auf den Grundlagen des Modells 3, unterscheidet sich aber in wesentlichen Elementen. Die beitragsfreie Mitversicherung für nicht erwerbstätige Ehegatten wird aufgehoben, Kinder werden jedoch zunächst weiterhin beitragsfrei mitversichert.

²⁵ Siehe hierzu auch Grabka, Andersen, Henke, Borchardt, 2002.

Modell 5: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004), Erfolge im Ausland - Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten: 2004/05, Stuttgart, Metzler Poeschel.

Der Sachverständigenrat schlägt eine „Bürgerpauschale“ vor. Dieses Modell geht davon aus, dass „sowohl in allokativer als auch in distributiver Hinsicht eine Pflichtversicherungsgrenze und die mit ihr verbundene Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes nicht begründbar ist“ (SVR 2004, S.516). In diesem Modell wird die gesamte Wohnbevölkerung versicherungspflichtig. Die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder bleibt in der Grundvariante enthalten.

Modell 6: BDA (2004): BDA-Finanzierungskonzept für das Gesundheitsmodell, Berlin, Bundesvereinigung der Deutscher Arbeitgeberverbände

Kinder werden beitragsfrei mitversichert. Der Leistungskatalog wird reduziert. Im Zentrum dieses Modells steht die Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs für einkommensschwache Versicherte.

Modell 7: Knappe, E./R. Arnold, Pauschalprämie in der Krankenversicherung – Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit, München, Gutachten im Auftrag des Verbandes der bayerischen Wirtschaft .

Versicherungspflichtig wäre die gesamte Wohnbevölkerung. Der Arbeitgeberzuschuss wird – wie in Modell 1 – steuerpflichtig ausgezahlt. Kern dieses Modells ist vor allem die Zulassung von Zu- und Abwahlleistungen. Die Ermittlung des Transferbedarfs wird dabei mittels äquivalenzgewichteter verfügbarer Einkommen bestimmt.

Modell 8: Zweifel, P./M. Breuer (2002), Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems, Zürich, Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller

In diesem Modell wird für die Herausnahme aller Umverteilungsfunktionen aus der gesetzlichen Krankenversicherung plädiert. Versicherungspflichtig wäre die gesamte Wohnbevölkerung. Der Arbeitgeberzuschuss wird steuerpflichtig an die Arbeitnehmer ausgezahlt. Die Prämie wird nach der gruppenmäßigen Risikoäquivalenz bestimmt.

Modell 9: Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme (2003), Bericht der Kommission, Berlin, (Herzog-Kommission)

Dieses Modell empfiehlt einen langfristigen Übergang in ein kapitalgedecktes, einkommensunabhängiges und demographiefestes Prämienmodell. Der Arbeitgeberanteil soll auf 6,5% abgesenkt und festgeschrieben werden; davon sollen 5,4% steuerfrei an die Beschäftigten ausgezahlt werden, die verbliebenen 1,2% sollen vom Arbeitgeber zur versicherungspflichtigen Absicherung des Krankengeldes verwendet werden.

Modell 10: Henke, K.-D.; W. Johannssen; G. Neubauer; U.Rumm; J.Wasem (2002), Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, München, Vereinte Krankenversicherung

Kern dieses Modells ist der Übergang vom Umlageverfahren zum Kapitaldeckungsverfahren. Alle versicherungspflichtigen Personen sollen mit 21 Jahren anfangen, Altersrückstellungen zu bilden. Dadurch können demographiebedingte Belastungen kompensiert werden.

Modell 11: FDP (2004), Privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle – die auf Wettbewerb begründete liberale Alternative, Dresden, Beschluss des 55. Ordentlichen Parteitages der FDP

Dieses Modell geht von einer Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Alle Versicherungsanbieter sind private Unternehmen, die auf der Basis weitgehend frei gestaltbarer Tarife miteinander konkurrieren. Statt einkommensabhängiger umlagefinanzierter Beiträge kalkulieren im Grundsatz alle Versicherungsunternehmen risikogerechte und kapitalgedeckte Prämien.

Modell 12: Fritzsche, Bernd (2004), Verteilungspolitische Aspekte einer Umstellung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung auf Prämien in Verbindung mit Ausgleichszahlungen.

Ein wesentlicher Bestandteil dieses Modells ist es, die Einkommensumverteilung nicht ins Steuer- und Transfersystem zu übertragen, sondern innerhalb der GKV mittels eines zusätzlichen Aufschlags auf die einkommensproportionale Beitragsbemessung zu organisieren (vgl. Modell Rürup/Wille). Es werden zwei Varianten der Belastungsgrenze simuliert, eine Grundversion mit 15% und eine Variante mit 12%.

Modell 13: Albrecht, Martin, Hofmann, Jürgen, Reschke, Peter, Schiffhorst, Guido, Sehlen, Stephanie (2006): Stabilisierung der Finanzierungsbasis und umfassender Wettbewerb in einem integrierten Krankenversicherungssystem. Forschungsprojekt im Auftrag der Hans-

Böckler-Stiftung. Ergebnisbericht, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin.

In dem vorgeschlagenen Grundtyp 3 der Autoren in weiten Teilen hohe Übereinstimmung mit dem Modell 2 (*Rürup-Kommission*).

Modell 14: Peter Oberender, Volker Ulrich, Stefan Felder, Udo Schneider, Andreas Werblow und Jürgen Zerth (2006), Bayreuther Versichertenmodell: Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen.

Hohe Übereinstimmung mit Modell 8 von Zweifel und Breuer (2002), wobei bei Einführung dieses Versichertenmodells nur die Bevölkerung unter einem Alter von 40 Jahren einbezogen werden würde. Für die in der GKV verbleibende Bevölkerung werden Kompensationszahlungen gegen eine finanzielle Schlechterstellung gegenüber dem Status Quo geleistet.

Modell G1 – G7: Grabka (2004), Alternative Finanzierungsmodelle einer sozialen Krankenversicherung in Deutschland – Methodische Grundlagen und exemplarische Durchführung einer Mikrosimulationsstudie.

Die Grundüberlegung dieser Modelle ist eine Variation der versicherungspflichtigen Bevölkerung, wobei zwischen bestehender GKV und einer Versicherungspflicht für die Gesamtbevölkerung unterschieden wird. Zusätzlich wird die Beitragsfreiheit von Kindern und Jugendlichen mit vollständiger Beitragsfreiheit über einer eigenständige Kinderpauschale bis hin zu einer allgemeinen Pauschalprämie für die gesamte Wohnbevölkerung variiert. Eine weitere Variation betrifft die Bemessungsgrundlage zur Bestimmung der Transferbedürftigkeit. Letztlich wird in einer Version eine Veränderung des Leistungskatalogs simuliert.

Modell D1 – D6: Breyer et al. (2002), Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union, Gutachten des DIW Berlin im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie.

Hohe Übereinstimmung mit den Modellen G1 – G7 von Grabka (2004), jedoch unter Verwendung einer früheren Datenbasis und abweichendem Referenzjahr.

3.4 Tabellarische Übersicht der Pauschal- bzw. Gesundheitsprämienmodelle (Quellen im Text)

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5
Gestaltungsparameter					
Kalkulation der Beiträge	Umlageverfahren	Umlagefinanzierung	Umlageverfahren (Grundbeitrag) Kapitaldeckung (Vorsorgebeitrag)	Umlageverfahren	Umlageverfahren Kapitaldeckung als Option
Versicherter Personenkreis	Wie Status Quo	Wie Status Quo	Wie Status Quo	Wie Status Quo	Gesamte Wohnbevölkerung
Beitragsfreie Mitversicherung für Ehegatten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Beitragsfreie Mitversicherung für Kinder	Nein (Zahlung durch Dritte)	Ja	Nein (Zahlung durch Dritte)	Zunächst Ja; perspektivisch Nein	Ja
Grenzbelastung des Einkommens im Transferbereich (ohne Berücksichtigung von Steuererhöhungen zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs)	12,5% bei Einkommen von 0 bis 1.482 €; ansonsten 1,1% bei steuerfinanziertem sozialem Ausgleich 12,5% bei Einkommen von 0 bis 1.988 €; ansonsten 4,0% bei beitragsfinanziertem sozialem Ausgleich	13,3% (Variante 1) bei Einkommen von 0 bis 1.579 €; ansonsten 0 16,8% (Variante 2) bei Einkommen von 0 bis 1.313 €; ansonsten 0	15% bei Einkommen von 0 bis 1.333 €; ansonsten 0	13,5% bei Einkommen von 0 bis 1.557 €; 7% bei Einkommen von 1.557 € bis zu 3.362 €; 0 bei darüber liegendem Einkommen	13% bei einem Einkommen von 0 bis 1.523 €; ansonsten 0

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5
Arbeitgeberbeitrag	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil Versteuerung des Arbeitgeberzuschusses für privat Versicherte Versteuerung eines fiktiven Arbeitgeberzuschusses für beihilfeberechtigte	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil	Der auf 6,5 % des beitragspflichtigen Einkommens festgeschriebene Arbeitgeberanteil fließt steuerfrei in ein Sondervermögen	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil
Umfang des Leistungskatalogs	Um Krankengeld reduzierter Leistungskatalog	Reduzierter Leistungskatalog	Heutiger Leistungskatalog (einschließlich Krankengeld und Zahnbehandlung)	Keine Angaben	Reduzierter Leistungskatalog (ohne Krankengeld)
Finanzierung des sozialen Ausgleichs	Steuerfinanzierung alternativ: - Anhebung des Normalsatzes der Umsatzsteuer - GKV-interne Finanzierung über einkommensabhängige Zuschläge auf die bisherigen beitragspflichtigen Einkommen	Steuerfinanzierung	Steuerfinanzierung	Steuerfinanzierung	Steuerfinanzierung

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5
Wirkungsparameter / Finanzielle Größenordnungen					
Höhe der Prämien	169 € pro Monat pro Erwachsenen 78 € pro Monat pro Kind (Finanzierung durch Steuermittel: Zahlung durch Kindergeldstelle)	210 € pro Monat pro Erwachsenen	200 € pro Monat pro Erwachsenen (180 € Grundbeitrag und 20 € Vorsorgebeitrag) 90 € pro Monat pro Kind (Finanzierung durch Steuermittel: Zahlung des halben Grundbeitrags durch Kindergeldstelle)	169 € pro Monat pro Erwachsenen Davon 109 € gezahlt durch Versicherte und 60 € durch Sondervermögen	198 € pro Monat pro Erwachsenen
Ausgleichsvolumen	15,8 Mrd. € pro Jahr für beitragsfreie Mitversicherung der Kinder (Finanzierung durch Versteuerung der ausgeschütteten Arbeitgeberbeiträge) 22,5 Mrd. € pro Jahr für Sozialausgleich bei Steuerfinanzierung 26 Mrd. € pro Jahr für Sozialausgleich bei Beitragsfinanzierung	28,4 Mrd. € pro Jahr (Variante 1) 22,6 Mrd. € pro Jahr (Variante 2)	15 bis 17 Mrd. € pro Jahr für beitragsfreie Mitversicherung der Kinder Keine Angaben für Sozialausgleich	keine Angaben	30 Mrd. € pro Jahr
Auswirkungen auf öffentliche Haushalte	Beitragsfreie Mitversicherung für Kinder ist aufkommensneutral Steuerfinanzierung: Mehrbelastung um 22,5 bis 26 Mrd. € pro Jahr Beitragsfinanzierung: Auskommensneutral	Defizit von 4,4 Mrd. € bis 10,2 Mrd. € gegenüber Status Quo (je nach Belastungsobergrenze)	Beitragsfreie Mitversicherung für Kinder ist aufkommensneutral Keine Angaben für Sozialausgleich	Auskommensneutral	Zusatzbelastung durch Steuererhöhung von rund 13 Mrd. € pro Jahr

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5
Verteilungswirkungen	Untere Einkommensgruppen stellen sich keinesfalls schlechter Mittlere Einkommensgruppen stellen sich deutlich besser	Keine Angaben zu Verteilungswirkungen unter Berücksichtigung der steuerlichen Gegenfinanzierung des Transfermechanismus	Keine Angaben	Entlastung mittlerer Einkommen	Abhängig von der Art der Steuererhöhung Proportionale Erhöhung der Einkommensteuer: Entlastung geringer Einkommen; Belastung hoher Einkommen; Progressivität nimmt zu, wenn der Solidaritätszuschlag erhöht wird Erhöhung der Mehrwertsteuer: Entlastung mittlere und oberer Einkommen; Belastung geringerer Einkommen
Methodische Grundlagen/Datenbasis	Keine Angaben	EVS 1993, IAW 1993, SOEP 1993 / Kalkulation der Pauschalprämie basierend auf der bisherigen Einnahmen der GKV	Keine Angaben	Keine Angaben	EVS (ohne Jahresangabe) nur Personen in Privathaushalten
Auftraggeber	Verband der privaten Krankenversicherer	Bundesministerium für Soziale Sicherung	CDU	CDU	Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

	Modell 6	Modell 7	Modell 8	Modell 9
Gestaltungsparameter				
Kalkulation der Beiträge	Umlageverfahren	Umlagefinanzierung	Kohortenspezifische risiko- äquivalente Prämien Kapitaldeckung nicht ausge- schlossen	Kapitaldeckung
Versicherter Personenkreis	Wie Status Quo	Versicherungspflicht für gesamte Wohnbevölkerung	Versicherungspflicht für gesamte Wohnbevölkerung	Wie Status Quo
Beitragsfreie Mitversicherung für Ehegatten	Nein	Nein	Nein	Nein
Beitragsfreie Mitversicherung für Kinder	Ja	Nein	Nein	Ja
Grenzbelastung des Einkommens im Transferbereich (ohne Berücksichtigung von Steuererhöhungen zur Finan- zierung des sozialen Aus- gleichs)	16% bei einem Einkommen von 0 bis 1.019 €; ansonsten 0 oder 12,5% bei einem Ein- kommen von 0 bis 1.304 €; ansonsten 0	23% bei Einkommen zwi- schen 620 € und 1.360 €; ansonsten 0	15% bei Einkommen von 0 bis 933 €; ansonsten 0	Wegen fehlender Angaben zum Transfermechanismus nicht berechenbar
Arbeitgeberbeitrag	Auszahlung als steuerpflich- tiger Lohnbestandteil	Auszahlung als steuerpflich- tiger Lohnbestandteil – für die gesamte Wohnbevölke- rung	Auszahlung als Lohnbe- standteil – für die gesamte Wohnbevölkerung	Auszahlung als steuerpflich- tiger Lohnbestandteil
Umfang des Leistungskatalogs	reduzierter Leistungskatalog (Streichung von Satzungs- leistungen und versiche- rungsfremder Leistungen, Erhöhung von Zuzahlungen)	Grundleistungskatalog	Grundleistungskatalog	Reduzierter Leistungskata- log (Streichung von Kran- kengeld und Zahnbehand- lung)
Finanzierung des steuerlichen Transfermechanismus	Steuerfinanzierung	Erhöhtes Steueraufkommen Einsparungen bei Sozialhilfe und Beihilfe	Erhöhtes Steueraufkommen Abbau der Zahlungen ande- rer Sozialversicherungsträ- ger an die GKV	Steuerfinanzierung

	Modell 6	Modell 7	Modell 8	Modell 9
Wirkungsparameter / Finanzielle Größenordnungen				
Höhe der Prämien	163 € pro Monat pro Erwachsenen	170 € pro Monat pro Erwachsenen 80 € pro Monat pro Kind	risikoäquivalent und daher nicht prognostizierbar Im Durchschnitt 140 € pro Monat pro Person	264 € pro Monat pro Erwachsenen (ab 2013)
Ausgleichsvolumen	20 Mrd. € pro Jahr	19 bis 21 Mrd. € pro Jahr	35,5 Mrd. € pro Jahr	27,3 Mrd. € pro Jahr
Auswirkungen auf öffentliche Haushalte	Aufkommensneutral	Aufkommensneutral (+/- 1 Mrd. €)	Weitgehend aufkommensneutral	Keine Angaben
Verteilungswirkungen	Keine Angaben	Neuverteilungsgewinne und Neuverteilungsverluste	Keine Angaben	Keine Angaben
Methodische Grundlagen / Datenbasis	Keine Angaben	EVS 1998 Verwendung eines Korrekturfaktor zur Anpassung an die Bevölkerungszahl aus dem Mikrozensus	SOEP 2000 und Korrektur um eine Relation zwischen den durchschnittlichen Nettoeinkommen des SOEP im Verhältnis zum den durchschnittlichen Bruttoeinkommen der EVS 1998. „Weil dieser Schritt für alle Haushalte vollzogen wurde, wird das Einkommen der Empfänger von Sozialleistungen an dieser Stelle überschätzt.“ (S.66).	Keine Angaben
Auftraggeber	Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände	Verband der bayerischen Wirtschaft	Verband Forschender Arzneimittelhersteller	CDU

	Modell 10	Modell 11	Modell 12	Modell 13	Modell 14
Gestaltungsparameter					
Kalkulation der Beiträge	Kapitaldeckung	Kapitaldeckung Kohortenspezifische Risikoprämien / Nicht risikoäquivalent kalku- lierter Pauschaltarif	Umlageverfahren	Umlageverfahren	Kapitaldeckung Kohortenspezifische risikoäquivalente Prämien
Versicherter Personenkreis	Versicherungspflicht für gesamte Wohnbe- völkerung	Gesamte Wohnbevölke- rung	Wie Status Quo	Versicherungspflicht für gesamte Wohnbevölkerung	Versicherungspflicht für gesamte Wohnbe- völkerung unter einem Alter von 40 Jahren
Beitragsfreie Mitversiche- rung für Ehegatten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Beitragsfreie Mitversiche- rung für Kinder	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein
Grenzbelastung des Ein- kommens im Transferbe- reich (ohne Berücksichti- gung von Steuererhöhungen zur Finanzierung des sozia- len Ausgleichs)	15% bei einem Ein- kommen von 0 bis 1.333 €; ansonsten 0	Wegen fehlender An- gaben zum Transferme- chanismus nicht bere- chenbar	15% bei einem Einkom- men von 0 bis 1.567 €; ansonsten 0 12% bei einem Einkom- men von 0 bis 2.875 €; ansonsten 0 (Umverteilungsvariante)	12,9%, ansonsten 0	10% des steuerpflich- tigen Einkommens
Arbeitgeberbeitrag	Keine Aussage	Auszahlung als steuer- pflichtiger Lohnbe- standteil	Auszahlung als steuer- pflichtiger Lohnbestand- teil	Auszahlung als steuer- pflichtiger Lohnbestandteil	keine Angaben

	Modell 10	Modell 11	Modell 12	Modell 13	Modell 14
Umfang des Leistungskatalogs	Grundleistungskatalog	Reduzierter Leistungskatalog (Streichung von Krankengeld und Zahnbehandlung)	Wie Status Quo	ohne Krankengeld und ohne Satzungsleistungen	Keine Aussage
Finanzierung des steuerlichen Transfermechanismus	Steuerfinanzierung	keine Angaben	entfällt, da Finanzierung über zusätzlich erhöhte Pauschalbeiträge	Versteuerung des bisherigen Arbeitgeberanteils und durch eine zusätzlichen Solidaritätszuschlag in Höhe von 10,65%	Einführung eines Versicherungsgelds nach dem Vorbild des Wohngelds
Wirkungsparameter/Finanzielle Größenordnungen					
Höhe der Prämien	200 € pro Monat pro Erwachsenen	Risikoäquivalent und daher nicht prognostizierbar	235 € 345 € Umverteilungsvariante	189 € pro Monat pro Erwachsenen ab 18 Jahre	risikoäquivalent und daher nicht prognostizierbar
Ausgleichsvolumen	25 Mrd. € pro Jahr	keine Angaben	30,7 Mrd. € 97,1 Mrd. €. Umverteilungsvariante	39 Mrd. € pro Jahr	29 Mrd. € (2005) weiter ansteigend bis 2040 mit einer Höhe von 107 Mrd. €.
Auswirkungen auf öffentliche Haushalte	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine (Finanzierung des Transfers innerhalb des Prämiensystems)	Keine Angaben	langfristig maximal 3% des BIP

	Modell 10	Modell 11	Modell 12	Modell 13	Modell 14
Verteilungswirkungen	Keine Angaben	Keine Angaben	Belastung alleinlebender Geringverdiener; Entlastung von Alleinverdienern mit mittleren und hohen Einkommen; Moderate bis starke Belastung von Einverdiener-Ehepaaren. Umverteilungsvariante: Entlastung allein lebender Personen. Insgesamt bei beiden Varianten Umverteilung von unten nach oben.	Entlastungen geringerer und mittlerer Einkommen, hohe Einkommen stärker belastet.	Keine Angaben
Methodische Grundlagen/ Datenbasis	SOEP 1991 – 1999	Keine Angaben	EVS 1998 Personen in Privathaushalten	SOEP + Lohn- und Einkommensteuerstatistik, Basisjahr 2003	
Auftraggeber	Vereinte Krankenversicherung	FDP	Keine Angaben	Hans-Böckler-Stiftung	Keine Angaben

Quelle: In Anlehnung an: Jürgen Wasem, Stefan Greß und Heinz Rothgang (2004): Prämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Perspektive für die Zukunft? Aktualisierte und erweiterte Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung. Essen/Fulda, Dezember, S.93-98.

Verteilungswirkungen	Im Durchschnitt untere Einkommen nicht schlechter gestellt, mittlere Einkommen besser gestellt, obere Einkommen schlechter gestellt	Im Durchschnitt untere Einkommen nicht schlechter gestellt, mittlere Einkommen besser gestellt, obere Einkommen schlechter gestellt	Im Durchschnitt untere Einkommen nicht schlechter gestellt, mittlere Einkommen besser gestellt, obere Einkommen schlechter gestellt	Im Durchschnitt untere Einkommen nicht schlechter gestellt, mittlere Einkommen besser gestellt, obere Einkommen schlechter gestellt	Im Durchschnitt untere Einkommen nicht schlechter gestellt, mittlere Einkommen besser gestellt, obere Einkommen schlechter gestellt	Im Durchschnitt untere Einkommen nicht schlechter gestellt, mittlere Einkommen besser gestellt, obere Einkommen schlechter gestellt	Im Durchschnitt untere Einkommen nicht schlechter gestellt, mittlere Einkommen besser gestellt, obere Einkommen schlechter gestellt
Methodische Grundlagen/ Datenbasis	Referenzjahr 2001. Datenbasis SOEP, 2001. Population: Wohnbevölkerung in Deutschland. Kalkulation der Pauschalprämie basierend auf der bisherigen Einnahmestruktur der GKV, d.h. rund 96% Beitragseinnahmen und 4% sonstige Einnahmen, Annahme Einnahmestruktur wird beibehalten. Leistungsausgaben für bisher nicht in der GKV versicherte Personengruppen basierend auf den RSA Angaben der GKV inkl. 7,2% kassenindividuelle Leistungsausgaben						

	Modell D1	Modell D2	Modell D3	Modell D4	Modell D5	Modell D6
Gestaltungsparameter						
Kalkulation der Beiträge	Umlage	Umlage	Umlage	Umlage	Umlage	Umlage
Versicherter Personenkreis	Status Quo	Status Quo	Status Quo	Gesamte Wohnbevölkerung	Gesamte Wohnbevölkerung	Gesamte Wohnbevölkerung
Beitragsfreie Mitversicherung für Ehegatten	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
Beitragsfreie Mitversicherung für Kinder	Nein	Reduzierter Beitrag für Kinder	beitragsfrei	Nein	Reduzierter Beitrag für Kinder	beitragsfrei
Grenzbelastung des Einkommens im Transferbereich (ohne Berücksichtigung von Steuererhöhungen zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs)	15% des Gesamteinkommens Einkommen vor Steuern und Sozialabgaben					
Arbeitgeberbeitrag	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil inkl. Quasi Arbeitgeberbeitrag bei Renten, Beihilfe, Arbeitslosengeld etc.	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil inkl. Quasi Arbeitgeberbeitrag bei Renten, Beihilfe, Arbeitslosengeld etc.	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil inkl. Quasi Arbeitgeberbeitrag bei Renten, Beihilfe, Arbeitslosengeld etc.	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil inkl. Quasi Arbeitgeberbeitrag bei Renten, Beihilfe, Arbeitslosengeld etc.	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil inkl. Quasi Arbeitgeberbeitrag bei Renten, Beihilfe, Arbeitslosengeld etc.	Auszahlung als steuerpflichtiger Lohnbestandteil inkl. Quasi Arbeitgeberbeitrag bei Renten, Beihilfe, Arbeitslosengeld etc.
Umfang des Leistungskatalogs	Status Quo					

	Modell D1	Modell D2	Modell D3	Modell D4	Modell D5	Modell D6
Finanzierung des steuerlichen Transfermechanismus	Versteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrags und eventuell Anhebung des Solidaritätszuschlags	Versteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrags und eventuell Anhebung des Solidaritätszuschlags	Versteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrags und eventuell Anhebung des Solidaritätszuschlags	Versteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrags und eventuell Anhebung des Solidaritätszuschlags	Versteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrags und eventuell Anhebung des Solidaritätszuschlags	Versteuerung des ausgezahlten Arbeitgeberbeitrags und eventuell Anhebung des Solidaritätszuschlags
Wirkungsparameter/ Finanzielle Größenordnungen						
Höhe der Prämien	142 € pro Monat	159 € Erwachsene pro Monat 76 € Kinder pro Monat	180 € pro Monat	142 € pro Monat	159 € Erwachsene pro Monat 76 € Kinder pro Monat	180 € pro Monat
Ausgleichsvolumen	28,2 Mrd. € pro Jahr	26,1 Mrd. € pro Jahr	26,1 Mrd. € pro Jahr	29,3 Mrd. € pro Jahr	26,6 Mrd. € pro Jahr	26,2 Mrd. € pro Jahr
Auswirkungen auf öffentliche Haushalte	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe
Verteilungswirkungen	Im Durchschnitt untere Einkommen nicht schlechter gestellt, mittlere Einkommen besser gestellt, obere Einkommen schlechter gestellt	Im Durchschnitt untere Einkommen nicht schlechter gestellt, mittlere Einkommen besser gestellt, obere Einkommen schlechter gestellt	Im Durchschnitt untere Einkommen nicht schlechter gestellt, mittlere Einkommen besser gestellt, obere Einkommen schlechter gestellt	Im Durchschnitt untere Einkommen nicht schlechter gestellt, mittlere Einkommen besser gestellt, obere Einkommen schlechter gestellt	Im Durchschnitt untere Einkommen nicht schlechter gestellt, mittlere Einkommen besser gestellt, obere Einkommen schlechter gestellt	Im Durchschnitt untere Einkommen nicht schlechter gestellt, mittlere Einkommen besser gestellt, obere Einkommen schlechter gestellt
Methodische Grundlagen/ Datenbasis	Referenzjahr 1999. Datenbasis SOEP, 1999. Population: Wohnbevölkerung in Deutschland. Kalkulation der Pauschalprämie basierend auf GKV-Ausgaben/Versichertenzahl. Leistungsausgaben für bisher nicht in der GKV versicherte Personengruppen basierend auf den RSA Angaben der GKV inkl. 7,2% kassenindividuelle Leistungsausgaben					
Auftraggeber	Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie					

Quelle: In Anlehnung an: Jürgen Wasem, Stefan Greß und Heinz Rothgang (2004): Pauschalprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Perspektive für die Zukunft? Aktualisierte und erweiterte Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung. Essen/Fulda, Dezember, S.93-98.

4 Wirkungsparameter und finanzielle Größenordnungen zentraler Gestaltungsoptionen in vorliegenden Prämienmodellen

Ob Prämienmodelle in Deutschland eine umsetzungs- bzw. politisch konsensfähige Option sind, wird aus unterschiedlicher Perspektive diskutiert. Dies gilt insbesondere für die Perspektive der Folgerungen (vor allem: die finanziellen Größenordnungen), die aus den unterschiedlichen Kombinationen von Gestaltungsoptionen auf die Wirkungsparameter resultieren. Deshalb wird anhand der Zusammenhänge von Gestaltungsoptionen und Wirkungsparameter auf die Implementierungschancen eingegangen. Anhand der Simulation von Gestaltungsoptionen wird gezeigt, wie die Gestaltungsoptionen variiert werden können, um auf erkennbare Restriktionen der Umsetzung reagieren zu können.

Einleitend werden jedoch einige methodische Implikationen der Berechnungsverfahren zur Bestimmung der finanziellen Größenordnungen behandelt. So zeigen die Erfahrungen der gesundheitspolitischen Entscheidungen, dass insbesondere im Hinblick auf die immer tiefer ins Detail gehenden Diskussionen über die Implementierungsfähigkeit der vorliegenden Varianten auch auf methodische Stimmigkeit abgefragt werden muss.

4.1 Methodische Anmerkungen zur Berechnung der finanziellen Folgewirkungen

Anmerkungen zu den methodischen Implikationen beziehen sich auf die jeweilige Datenbasis sowie die Berechnungsverfahren und deren Einfluss auf die Höhe der finanziell ausgewiesenen Wirkungsparameter. Die Einflüsse müssen berücksichtigt werden, wenn die einzelnen Varianten von Prämienmodellen miteinander verglichen werden. In den tabellarischen Vergleichen des vorhergehenden Kapitels wurde deshalb auch die Kategorie „methodische Grundlagen und Datenbasis“ aufgenommen.

Da nun für die Berechnung resp. Simulation der Prämien keine verbindlichen Vorgaben existieren, die es erlauben würden, die einzelnen finanziellen Angaben und damit auch die einzelnen Wirkungen miteinander zu vergleichen, muss immer auch hinterfragt werden, welchen Einfluss die Datenbasis und das methodische Vorgehen auf die Zahlen bzw. Größenordnungen in den einzelnen Modellen haben können. Die Prämien sind zwar immer als gesundheitskostenorientierte Prämien konzipiert. Die Hinweise zur Datenbasis und den methodischen

Grundlagen bei der tabellarischen Übersicht zeigen aber erhebliche Differenzen im methodischen Vorgehen.

Erster Anhaltspunkt ist der **Zeitpunkt**, zu dem die jeweiligen Daten erhoben wurden bzw. auf den die Statistiken bezogen sind. Da die Zeitpunkte zwischen den Modellen variieren, sind auch die finanziellen Größenordnungen nur nach Überprüfung miteinander vergleichbar, vor allem wenn die Kombinationen der Gestaltungsoptionen identisch sind. Dies ist eigentlich eine methodische Selbstverständlichkeit, aber möglicherweise nur scheinbar eine Marginalie. Allerdings gibt es in den vorliegenden Modellen keine systematischen, methodischen Überlegungen dahingehend, dass für einen Vergleich der Folgewirkungen unterschiedlicher Modellkonfigurationen Hinweise abgeleitet werden könnten, die es erlaubten, bei verschiedenen Zeitpunkten deren Einfluss zu bestimmen. Generell dürfte gelten: Je später der Zeitpunkt der Datenerhebung, desto höher die Ausgaben und desto höher die Pauschalprämien.

Nun mag der Einfluss der Wahl des Zeitpunktes der Datengrundlagen allein oft nur marginal sein. Aber hinzu kommen weitere Unterschiede in der **Datenbasis**. An Routinedaten werden Einnahmedaten der GKV, Ausgabedaten der GKV oder RSA-Profile herangezogen. Von besonderer Relevanz für die Höhe des Transfervolumens und damit für die Implementierungschancen hat die Wahl der Einkommensverteilung der GKV-Mitglieder. Denn je nach Höhe der Belastungsgrenzen variieren die Transfervolumina. Die verwendeten Einkommensverteilungen wiederum werden meist auf Basis von Survey-Daten (vornehmlich des Sozio-oekonomischen Panels) erhoben, was bei aller Zuverlässigkeit immer auch ein gewisses Maß an Unsicherheit bedeutet.

Gerade für die hochsensiblen Größenordnungen der Transfervolumina ist **methodische Genauigkeit** gefordert. Denn wenn die verschiedenen Prämienmodelle insbesondere im Hinblick auf die Implementierungschancen miteinander verglichen werden sollen, dann ist zunächst entscheidend, wie das durch die jeweilige Konfiguration entstandene Transferproblem gelöst wird. Dieser Vergleich wiederum kann nicht nur abstrakt als grundlegender Wirkungsmechanismus diskutiert, sondern muss in Form finanziellen Größenordnungen formuliert werden. Denn: Die Restriktionen der einzelnen in der Diskussion befindlichen Varianten werden in erster Linie an der Höhe der Transfervolumina gemessen.

Wenn man also alle methodischen Einflussmöglichkeiten summiert, können möglicherweise durchaus relevante Größenordnungen resultieren. Deshalb wäre es für einen Vergleich der finanziellen Größenordnungen durchaus eine Fußnote in den Modellrechnungen wert, mit der

auf den **Einfluss der methodischen Spezifika** verwiesen würde; z.B. wenn der potentielle Einfluss der Wahl des Zeitpunktes durch Hinweise auf die entsprechenden Größenordnungen für die nächsten 3-5 Jahre simuliert würde.²⁶

Nun haben die gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesse in den letzten Jahren gezeigt, von welcher geringfügigen Unterschieden in den mutmaßlichen Folgewirkungen bestimmter Varianten der Gestaltungsoptionen auf die Beitragssatzhöhe die politischen Entscheidungen abhängig sein können. Bezüglich der möglichen Relevanz methodisch bedingter Einflüsse auf die finanziellen Größenordnungen lässt sich deshalb eine einfache Faustregel formulieren: Der mögliche methodisch bedingte Einfluss auf die Höhe der finanziellen Größenordnungen darf niemals so groß sein, dass die Implementierungsdiskussion signifikant beeinflusst werden könnte.

4.2 Exemplarische Simulation von Gestaltungsoptionen

Da alle Prämienmodelle zur Vermeidung sozialer Härten Ausgleichszahlungen über den Steuer-Transfer-Mechanismus vorsehen, ist die Höhe der Zahlungen und ihre Gegenfinanzierung angesichts der derzeitigen Finanzlage der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung von zentraler Bedeutung. Da die Höhe des Transfervolumens von der jeweiligen Ausgestaltung abhängig ist, soll modellübergreifend skizziert werden, welche fiskalischen Effekte sich bei einer Variation ausgewählter Gestaltungsparameter ergeben.

4.2.1 Zu den finanziellen Auswirkungen von Unterschieden des methodischen Vorgehens

4.2.1.1 Datenbasis

In den Modellrechnungen werden überwiegend die Einkommens- und Verbrauchstichprobe (EVS) des Statistischen Bundesamtes bzw. das Sozioökonomische Panel (SOEP) verwendet. Die Wahl unterschiedlicher Datengrundlagen erschwert aber den Vergleich der fiskalischen Wirkungen der verschiedenen Modelle.

Zunächst stellt sich das Problem der Repräsentativität der Datenbasen. Die EVS als auch das SOEP sind vom Ansatz her nur repräsentativ für Personen in Privathaushalten. Das bedeutet,

²⁶ Vgl. Hof 2005.

dass ohne eine zusätzliche Randanpassung in den Modellrechnungen rund 2 Mio. Personen fehlen, die in Anstalten (z.B. Alters- oder Studentenheimen) leben. Das Ziehungsdesign des SOEP umfasst im Grundsatz zwar nur Personen in Privathaushalten, durch den Längsschnittcharakter werden aber sukzessive auch Personen, die in Anstalten wechseln, weiterverfolgt, so dass dieser Bias reduziert ist. Wohnungslose oder obdachlose Personen sind jedoch üblicherweise in keinem Bevölkerungssurvey enthalten, wodurch es generell zu einer leichten Unterschätzung des Volumens für den sozialen Ausgleich kommt.

Die EVS weist insgesamt daher zu wenig Personen aus, die zudem verteilungssensitiv sind. Die Bevölkerung in Anstalten weist ein unterdurchschnittliches Einkommensniveau auf und dürfte daher weit überwiegend Anspruch auf sozialen Ausgleichsbedarf haben. Ein weiteres Problem der EVS besteht darin, dass die ausländische Bevölkerung nicht oder nur sehr unzureichend repräsentiert ist. Diese Bevölkerungsgruppen weisen wiederum unterdurchschnittliche Einkommen auf, womit das Volumen des sozialen Ausgleichs abermals unterschätzt wird. Das SOEP hat hingegen den Vorteil, dass eigenständige Zusatzstichproben mit Ausländern als Zielpopulation erhoben werden. Weiterhin wird versucht, durch individuelle Ansprache, z.B. in Form von muttersprachlichen Fragebögen, die Teilnahmebereitschaft für ausländische Personengruppen hoch zu halten. Ein weiterer Nachteil der EVS besteht darin, dass es sich um keine Zufallsstichprobe handelt, sondern als Quotenstichprobe aus selbstrekrutierten Personen ausgelegt ist. Durch dieses Vorgehen, so wird vermutet, ist die Stichprobe selektiv und weist z.B. einen überproportionalen Mittelstandsbias auf.²⁷

Generell ist festzuhalten, dass Bevölkerungssurveys in Zusammenhang mit diesen Modellrechnungen mit Unsicherheit behaftet sind, da untere Einkommensgruppen – wie z.B. Sozialhilfeempfänger – in der Regel unterrepräsentiert sind, da diese eine geringe Teilnahmebereitschaft aufweisen. Eine Unterrepräsentation von unteren Einkommensbeziehern hat aber direkt Konsequenzen auf das in den Modellrechnungen simulierte gesamte Transfervolumen. Für eine fundierte Diskussion der empirischen Ergebnisse läge es daher nahe, Schwankungsintervalle (Konfidenzbänder) anzugeben, die diese Unsicherheit widerspiegeln. Keine der hier dargestellten Modellrechnungen enthält diese Angaben.

²⁷ Vgl. Becker et al. 2002.

4.2.1.2 Variation des Referenzzeitpunktes

Um den Einfluss des Referenzzeitpunktes auf das Volumen des sozialen Ausgleichsbedarfs darzustellen, kann auf die Modelle G1-G7 und D1-D6 zurückgegriffen werden. Sie verfügen über den gleichen Datensatz und über weitgehend übereinstimmende Annahmen bei den Simulationsrechnungen. In den Modellen D1-D6 wurde das Referenzjahr 1999 und in den Modellen G1-G7 das Referenzjahr 2001 unterstellt. Vergleicht man z.B. Modell G4 mit D4 (Versicherungspflicht für die Wohnbevölkerung ohne beitragsfreie Mitversicherung) so beläuft sich im Referenzjahr 1999 das Volumen für den sozialen Ausgleich auf 29,3 Mrd. € während für die Simulation des Jahres 2001 33,3 Mrd. € ausgewiesen werden. Vergleicht man die Modelle G5 und D5 (Versicherungspflicht für die Wohnbevölkerung und reduzierter Kinderbeitrag) so verringert sich die Differenz zwischen den Modellsimulationen auf 2,5 Mrd. € pro Jahr.

4.2.2 Variationen der personellen Ebene

Um exemplarische Variationen auf der personellen Ebene darzustellen, können z.B. die Modelle G4-G6 verglichen werden, da zwischen ihnen Unterschiede in der Ausgestaltung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen bestehen.

Wird wie in Modell G4 eine einheitliche Pauschalprämie von der Gesamtbevölkerung inklusive Kinder und Jugendliche erhoben, so wäre nach diesem Modell eine einheitliche monatliche Prämie in Höhe von 152 € zu entrichten. Das Volumen für den sozialen Ausgleich belief sich jährlich auf 33,3 Mrd. €.

Wird hingegen eine vollständige Beitragsfreiheit für Kinder und Jugendliche gewährt (Modell G6) und dieser fehlende Prämienanteil auf alle Erwachsenen umgelegt – und nicht über eine Familienkasse finanziert wie z.B. von Leinert et al. (2005) vorgeschlagen – dann würde die Prämie für alle Erwachsenen 193 € monatlich betragen. Das gesamte Transfervolumen würde hingegen um 2,9 Mrd. € auf 30,4 Mrd. € pro Jahr absinken.²⁸

Der Unterschied im Transfervolumen zwischen dem Modell G4 und G6 kommt vor allem dadurch zustande, dass die Prämienbelastung im Modell G4 für Familien mit Kindern deutlich höher ist als im Modell G6. Familien hätten in Modell G4 deutlich häufiger Anspruch auf sozialen Ausgleich. In Modell G6 ist die monatliche Prämie zwar deutlich höher, doch durch

²⁸ Siehe hierzu im einzelnen Göpfahrt, Henke, 2007.

eine systeminterne Umverteilung zwischen Erwachsenen und Kindern kann das gesamte Transfervolumen geringer ausfallen.

Eine intermediäre Stellung nimmt das Modell G5 ein, bei der ein reduzierter Kinderbeitrag in Höhe von 69 € monatlich und eine Prämie von 174,50 € monatlich für Erwachsene unterstellt wird. Es sei hier angemerkt, dass mit den jeweils unterschiedlichen Prämien in den drei Modellen immer das bisherige Beitragsvolumen in der GKV inklusive dem potentiellen Beitragsaufkommen bisher nicht in der GKV versicherter Bevölkerungsanteile unterstellt wird.

In Modell G5 würde das Volumen für den sozialen Ausgleich abermals auf nunmehr 29,1 Mrd. € pro Jahr sinken. Das hier am geringsten ausgewiesene Volumen erklärt sich dadurch, dass Familienhaushalte im Lebenszyklus das relativ höchste Einkommen ausweisen und daher in der Lage sind, zumindest eine gewisse Prämie für ihre Kinder – insbesondere wenn es nur ein oder zwei Kinder sind – zu tragen. Ältere Bevölkerungsgruppen, die im Lebenszyklus eher unterdurchschnittliche Einkommen haben, werden durch eine Reduktion der Erwachsenenprämie gegenüber dem Modell G6 entlastet.

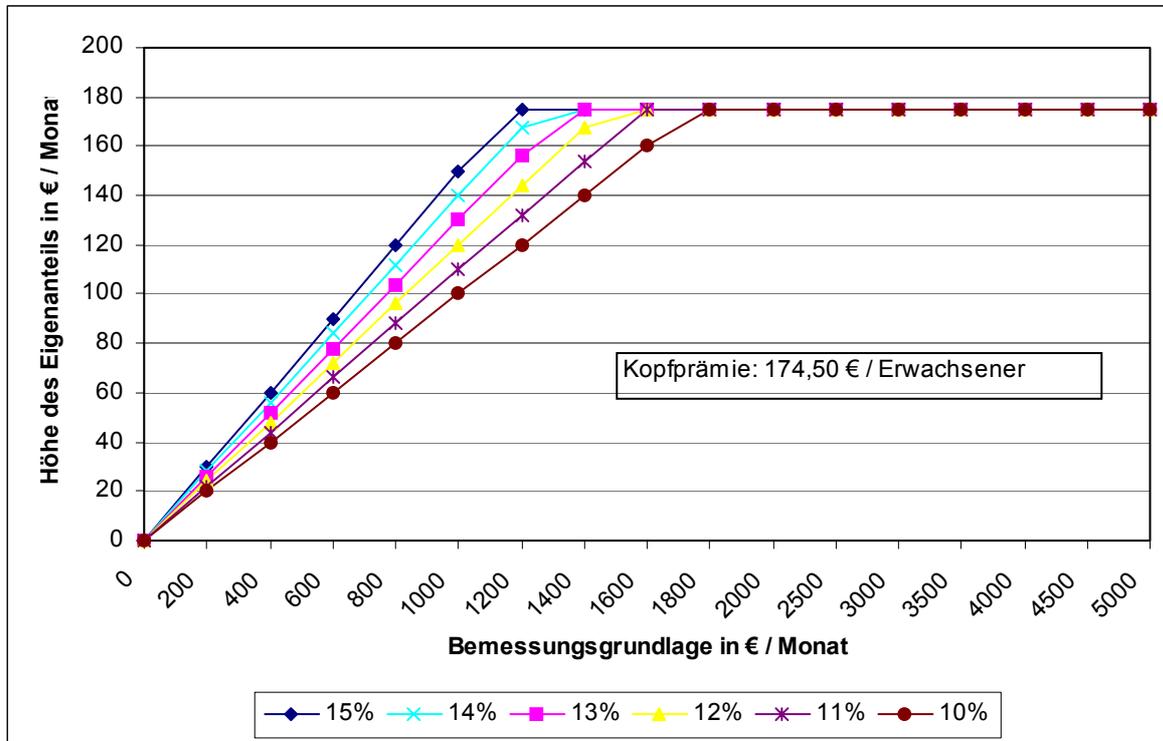
4.2.3 Variationen der Formen der Beitragsgestaltung

4.2.3.1 Höhe der maximalen Prämienbelastung

Die maximale Prämienbelastung variiert in den verschiedenen Modellvarianten zwischen 10 (Modell 14) und 23 Prozent (Modell 7). Abbildungen 1 und 2 verdeutlichen die Auswirkungen einer Variation der – i.d.R. normativ festgelegten – maximalen Prämienbelastung.

Abbildung 1

Höhe der tatsächlich geleisteten Pauschalprämie in € / Monat in Abhängigkeit von der maximalen Belastungsgrenze am Beispiel eines Ein-Personenhaushalts



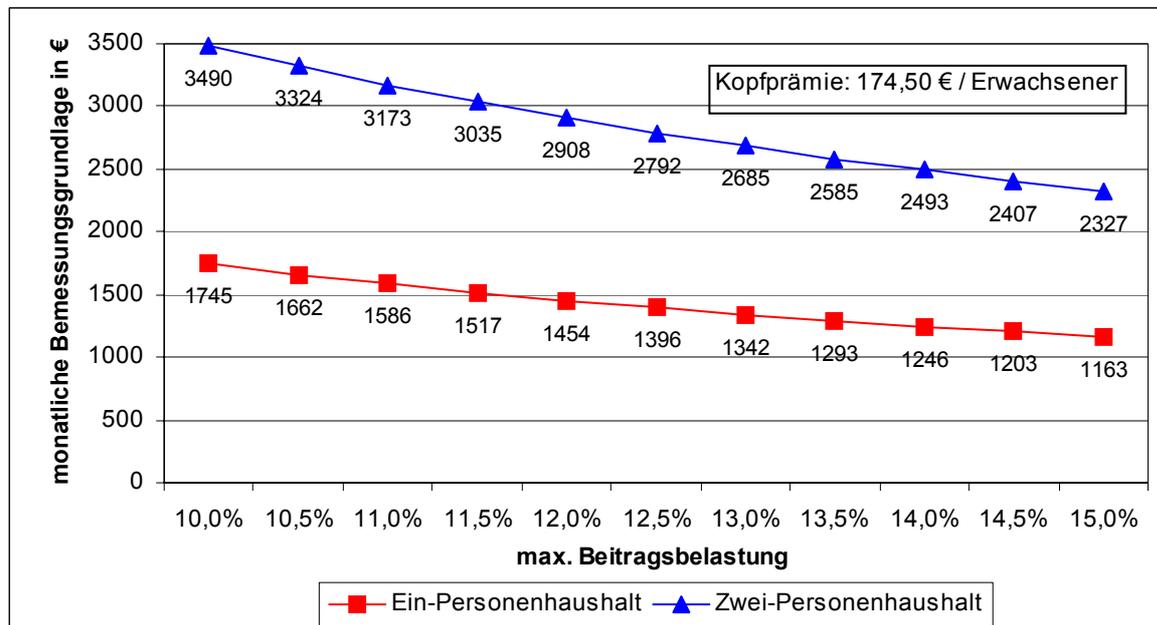
Quelle: Eigene Berechnung

Zunächst gilt, dass je enger die Bemessungsgrundlage definiert wird, desto geringer ist die tatsächlich zu entrichtende Prämie und desto höher ist das gesamte zu finanzierende soziale Ausgleichs- bzw. Transfervolumen. Zudem gilt, dass mit steigender Beitragsbelastung der zumutbare Eigenanteil zunimmt, d.h. es haben weniger Personen Anspruch auf einen sozialen Ausgleich und das Volumen für den sozialen Ausgleichsbedarf sinkt.

So schwankt z.B. die Beitragsbemessungsgrundlage ab der kein sozialer Ausgleich mehr gewährt wird für einen Ein-Personenhaushalt zwischen 1746 € / Monat bei einer Beitragsbelastung von 10% und 1163 € / Monat bei einer Beitragsbelastung von 15%. Das gesamte Volumen für den sozialen Ausgleichsbedarf sinkt demnach, wenn die Beitragsbelastung ansteigt, da ein höherer Eigenanteil von den Versicherten geleistet werden muss.

Abbildung 2

Höhe der Bemessungsgrundlage in € / Monat bis zu der sozialer Ausgleichsbedarf besteht, am Beispiel eines Ein- und Zwei-Personenhaushalts



Quelle: Eigene Berechnung

Um den fiskalischen Effekt allein einer Variation der maximalen (siehe oben) Beitragsbelastung darzustellen, bedarf es Modellrechnungen mit einem identischen Annahmeset. Dieses wurde exemplarisch in der Studie von Leinert et al. 2005 vorgenommen, die auf den Berechnungen der Modell G4-G7 beruht. Das Volumen für den sozialen Ausgleich belief sich demnach bei einer Pauschalprämie für die Gesamtbevölkerung und beitragsfreier Mitversicherung für Kinder und Jugendliche bei einer Beitragsbelastung von 12,7% auf 32,74 Mrd. €. Variiert man allein die maximale Beitragsbelastung und hebt diese *ceteris paribus* auf 14% an, so reduziert sich das Volumen für den sozialen Ausgleich um nunmehr knapp 4,9 Mrd. € auf 27,85 Mrd. €.

4.2.3.2 Variationen der Bemessungsgrundlage

Eine weitere Determinante für das Volumen des sozialen Ausgleichsbedarfs betrifft die Bemessungsgrundlage zur Bestimmung der Ausgleichsbedürftigkeit. Ein wesentliches Manko der verschiedenen Modellbeschreibungen liegt dabei darin, dass keine eindeutige Definition der Bemessungsgrundlage zur Bestimmung der Ausgleichsbedürftigkeit gegeben wird. In der Arbeit von Grabka (2004) steht ein Vergleich einer variierten Bemessungsgrundlage zur Ver-

fügung (Tabelle 1). Hier wurde eine jeweils unterschiedliche Bemessungsgrundlage (bei einer maximalen Beitragsbelastung von 14%) unterstellt. In der Modellrechnung 1 wurde das Prämienmodell nur in der bestehenden GKV eingeführt (vgl. Rürup-Kommission 2003). Dabei können drei verschiedene Bemessungsgrundlagen unterstellt werden: In der Variante (A) wird nur das erweiterte Haushalts-Markteinkommen der GKV-Versicherten herangezogen (d.h. das Einkommen von Personen im selben Haushalt, die z.B. in der privaten Krankenversicherung versichert sind, werden nicht berücksichtigt). Das erweiterte Haushalts-Markteinkommen entspricht dem Gesamteinkommen vor Steuern und Sozialabgaben aber inklusive aller staatlichen und privaten Transfers und gibt damit die maximale finanzielle Leistungsfähigkeit eines Haushalts an. In der Variante (B) wurde das erweiterte Haushalts-Markteinkommen von allen Haushaltsmitglieder unterstellt. In Variante (C) wurde nur das steuerpflichtige Haushaltsbruttoeinkommen inklusive Arbeitgeberbeitrag bzw. Beitragszuschuss der Sozialversicherungsträger aber ohne staatliche Transfers (z.B. Sozialhilfe, Pflegeversicherung, Kindergeld) als Bemessungsgrundlage herangezogen.

Wie der Tabelle 1 zu entnehmen ist, schwankt das Volumen für den sozialen Ausgleich in der Modellrechnung 1 zwischen 13,9 und 19,9 Mrd. € pro Jahr. Der Anteil der Haushalte mit Anspruch auf sozialen Ausgleich variiert dabei zwischen 32% und 36%.

Tabelle 1

Volumen des sozialen Ausgleichs verschiedener Reformmodelle und Anteil der Haushalte mit Ausgleichsbedarf

	Modellrechnung			
	1	2	3	4
Bemessungsgrundlage für Sozialausgleich	Pauschalprämie in der GKV mit reduzierter Kinderprämie	Allgemeine Pauschalprämie für die Wohnbevölkerung	Allgemeine Pauschalprämie bei reduziertem Leistungskatalog	Risikoäquivalente Prämien für die Wohnbevölkerung
	Volumen des sozialen Ausgleichs in Mrd. Euro pro Jahr			
(A)	16,3	–	–	–
(B)	13,9	17,0	10,4	38,5
(C)	19,9	25,3	17,3	44,5
	Anteil der Haushalte mit Ausgleichsbedarf in %			
(A)	36	–	–	–
(B)	32	32	23	39
(C)	36	37	28	45

Quelle: SOEP, eigene Berechnungen.

(A) erweitertes Haushalts-Markteinkommen der GKV Versicherten

(B) erweitertes Haushalts-Markteinkommen der Haushaltsmitglieder

(C) steuerpflichtiges Haushaltsbruttoeinkommen inkl. Arbeitgeberbeitrag bzw. Beitragszuschuss der Haushaltsmitglieder aber ohne staatl. Transfers (z.B. Sozialhilfe, Pflegeversicherung, Kindergeld)

Es gilt demnach, dass je umfassender die Bemessungsgrundlage für den sozialen Ausgleichsbedarf definiert wird und demnach weiter gefasst ist als das sozialversicherungspflichtige Einkommen, desto geringer ist das Volumen für den sozialen Ausgleich. Hierbei ist anzumerken, dass allein mit dem Übergang von einer individuellen Bemessungsgrundlage – wie dies beim sozialversicherungspflichtigen Einkommen der Fall ist – hin zu einer haushaltsbezogenen Bemessungsgrundlage – wie bei allen hier dargestellten Prämienmodellen – eine Reduktion des Volumens für den sozialen Ausgleichsbedarfs verbunden ist.

4.2.3.3 Arbeitgeberbeiträge

Die Arbeitgeber und ihre Verbände aber auch viele Wirtschaftswissenschaftler vertreten seit längerer Zeit die Ansicht, dass die paritätische Finanzierung der Beiträge zur sozialen Sicherung im Allgemeinen und der Krankenversicherung im Besonderen zu einer Erhöhung der Lohnnebenkosten führt. Allerdings geht es bei der Veränderung der Höhe der Arbeitgeberanteile weniger um eine Reformoption zur Weiterentwicklung der GKV-Einnahmehasis, sondern um den Versuch, die Lohnkostenentwicklung von der Entwicklung der Gesundheitsausgaben in der GKV abzukoppeln.

Die verschiedenen Modelle gehen mehrheitlich von einer Auszahlung und Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung bei einer Einführung von Gesundheitsprämien aus. Das dadurch erzielte zusätzliche Steueraufkommen beläuft sich – soweit ausgewiesen – in den verschiedenen Modellen auf rund 17 Mrd. € pro Jahr. Dieses Ergebnis ist insofern erstaunlich, da zum einen die verwendeten Surveys keine Nettoeinkommen ausweisen und damit eine Simulation des Steuer- und Sozialabgabenaufkommens vorgenommen werden muss. Dieses Vorgehen ist mit erheblichen Annahmen verbunden, die zu deutlichen Unterschieden – auch aufgrund unterschiedlicher Datenbasen – zwischen den Simulationen führen dürften.

4.2.4 Variationen des Leistungsumfangs

Eine weitere Reformoption, die in der Mehrzahl der Prämienmodelle Anklang findet, ist die Veränderung, d.h. in der Regel die Reduktion des Leistungsumfangs in der GKV. Der fiskalische Effekt einer solchen Leistungsauslagerung lässt sich wiederum bei Grabka (2004) bzw. in den Modellen G4 und G7 exemplarisch darstellen. In der Modellrechnung 3 (Tabelle 1) wurde ein Prämienmodell für die gesamte Wohnbevölkerung bei reduziertem Leistungskatalog – ohne Krankengeld, Mutterschaftsgeld und ohne Zahnersatz – simuliert. Gegenüber einem Prämienmodell ohne Veränderung des Leistungskatalogs (Modellrechnung 2) würde sich das Volumen für den sozialen Ausgleich je nach Abgrenzung der Bemessungsgrundlage von 17,0 Mrd. € (Variante (B) um 6,6 Mrd. € bzw. in der Variante (C) von 25,3 Mrd. um 8,8 Mrd. € reduzieren. In den Modellen G4 und G7 wurde eine höhere maximale Beitragsbelastung von 15% unterstellt, was zur Folge hat, dass die Reduktion des Volumens für den sozialen Ausgleich von 33,3 Mrd. € um knapp 13 Mrd. € deutlich stärker ausfällt. Gleichzeitig steigen aber die individuellen Ausgaben für die entfallenen Leistungen der GKV.

An diesen Ergebnissen ist erkennbar, dass eine vergleichsweise geringe Kürzung des Leistungskatalogs eine deutliche Reduktion des Volumens für den sozialen Ausgleich zur Folge hat. Allein durch diese Veränderung des Leistungskatalogs ist es daher möglich, das Volumen für den sozialen Ausgleich in einem Prämienmodell rein rechnerisch nur durch die Auszahlung und Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags zur Krankenversicherung in Deutschland zu finanzieren.

Wie an den Ergebnissen dieser exemplarischen Variationen zu erkennen ist, wirken sich das methodische Vorgehen und die unterstellten Annahmen nachhaltig auf die Höhe des sozialen Ausgleichsbedarfs aus. Eine fundierte Bewertung der Modellrechnungen im Hinblick auf ihre Implementierungschancen ist daher nur möglich, wenn eine möglichst vollständige Beschreibung des methodischen Vorgehens vorliegt und zusätzlich Sensitivitätsrechnungen zu deren Auswirkungen unternommen werden.

5 Ausblick

Vor dem Hintergrund des GKV-Wettbewerbsverstärkungsgesetzes (GKV-WSG) behalten die Ausführungen ihre Bedeutung.²⁹ Denn auch nach der Einführung des Gesundheitsfonds wird sich in der absehbaren Zukunft herausstellen, ob sich das mit der Reform angelegte System mehr in Richtung der Bürgerversicherung oder hin zu einem Prämienmodell im zunehmenden Wettbewerb entwickeln wird.

Einleitend wurde darauf hingewiesen, dass auch nach der Verabschiedung des GKV-WSG die Nachhaltigkeit, das demographische Risiko und die Beschäftigung dauerhaft Probleme einer Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben werden. Deshalb wird neben der prognostizierten Nachhaltigkeit in allen hier vorgestellten Prämienmodellen der vermutete beschäftigungssteigernde Effekt durch die Entkopplung der Gesundheitsausgaben von den Arbeits- bzw. Lohnkosten herausgestellt. So hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Jahresgutachten 2004/05 festgestellt, dass aus allokativer und damit beschäftigungs- und wachstumspolitischer Sicht Pauschalbeitragssysteme grundsätzlich einkommensorientierten Systemen vorzuziehen seien, da einkommensabhängige Beiträge – deren Höhe unabhängig von den in Anspruch genommenen Leistungen ist – weitgehend wie eine mit negativen Effekten für Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage einhergehende Einkommensteuer wirken würden.³⁰ Es besteht deshalb in der Literatur weitgehend Einigkeit darüber, dass Prämienmodelle im Hinblick auf Beschäftigungseffekte positive Wirkungen erwarten lassen. Auch wenn sich auf dem Arbeitsmarkt zurzeit positive Tendenzen abzeichnen, dürfte auf längere Sicht weiterhin gelten, dass eine Entkopplung von Gesundheitskosten und Arbeitskosten beschäftigungspolitisch wünschenswert ist.

Dass ein verstärkter Wettbewerb – unabhängig von der Form der Finanzierung – eine Bedingung für mehr Wirtschaftlichkeit und Transparenz im Gesundheitswesen ist, wird nachdrücklich schon am Begriff „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ deutlich. Allerdings wird von den Befürwortern der hier vorgestellten Modelle einhellig die Meinung vertreten, dass Pauschalprä-

²⁹ Siehe hierzu im einzelnen Henke, K.-D, 2007.

³⁰ Vgl. SVR Wirtschaft, 2004/5.

mienmodelle eine Voraussetzung für die zukünftig notwendige Intensität wettbewerblicher Strukturen sind. Viele sehen die Prämie als Voraussetzung für den Wettbewerb in der Leistungserbringung an, da die Versicherten lernen müssen, Ihre Ausgaben zugunsten von Gesundheit, Ernährung, Fitness und Wellness umzuschichten.

Zentraler und schon bestehender Baustein ist dabei der Ausbau von einzelvertraglichen Möglichkeiten zur Vertragsgestaltung der Krankenkassen mit den Leistungserbringern.³¹ In Systemen einkommensabhängiger Beitragsgestaltung ist die Integration von Zu- und Abwahlleistungen „wenig sinnvoll“.³² Prämienmodelle bieten dagegen u.a. durch die Einführung von Wahlтарifen den Einstieg in einen verstärkten Wettbewerb. Durch ein Gutscheinsystem mit Kostenerstattung entwickelt sich eher mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit als in einem intransparenten System von Sachleistungen. Die Eigenvorsorge und Mündigkeit wird durch das Prämiensystem stärker gefördert.

Prämienmodelle könnten deshalb den Kassenwettbewerb in mehrfacher Hinsicht intensivieren. Dazu trägt auch die bewusster Nachfrager nach Krankenversicherungsschutz bei, wie die Erfahrung der Amerikaner mit den Preferred provider Krankenversicherungen gezeigt hat.³³ Anreize zur Prämienreduktion, Versorgungsqualität als Wettbewerbsparameter treten zusammen mit dem individuellen Gesundheitsverhalten in den Vordergrund. Durch Unterschiede in der Leistungserbringung kann eine Grundversorgung zu unterschiedlichen Preisen angeboten werden.

Wie lässt sich nun das „GKV-WSG“ in diese Argumentationsstruktur einpassen; vor allem also, welche Auswirkungen wird in dieser Hinsicht das „Herzstück“ der Reform, der Gesundheitsfonds haben? Noch sind Prognosen selbstverständlich nur bedingt möglich; aber aufmerksam macht schon, dass die grundsätzliche Kritik am Fondsmodell merklich leiser geworden ist. Und es lässt sich durchaus die Annahme vertreten, dass mit den „kleinen“ Lohnunab-

³¹ Siehe zur sozialversicherungsrechtlichen Ausgangslage der integrierten Versorgung Henke, Friesdorf, Marsolek, 2005.

³² Wasem/Greß/Rothgang 2004.

³³ Vgl. zu den bisherigen Erfahrungen hierzu und zu Managed Care im Allgemeinen in den USA, Mühlkamp 2000.

hängigen Prämien der Zu- und Abschläge der Weg in die Pauschalorientierung mit einer sich verstärkenden Eigendynamik gewählt wurde. Einige Anzeichen sprechen dafür, dass die Kassen zunehmend den Druck des Marktes spüren werden, verstärkt über eine weitergehende Differenzierung von Pflichtleistungen und Zusatzleistungen nachzudenken. Im geltenden System haben die Kassen kein besonderes Interesse an einer Reduzierung der Pflichtleistungen. Der Gesundheitsfonds könnte Anlass dafür sein, auch über Discount-Tarife nachzudenken.

Literatur

- Albrecht, M., Hofmann, J., Reschke, P., Schiffhorst, G., Sehlen, S. (2006): Stabilisierung der Finanzierungsbasis und umfassender Wettbewerb in einem integrierten Krankenversicherungssystem – Forschungsprojekt im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Ergebnisbericht. Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin.
- Becker, I., Frick, J.R., Grabka, M.M., Hauser, R., Krause, P., Wagner, G.G. (2002): A Comparison of the Main Household Income Surveys for Germany: EVS and SOEP. In: Hauser, R. and Irene Becker (Eds.): Reporting on Income Distribution and Poverty. Perspectives from a German and a European Point of View. Springer, p. 55-90.
- BDA (2001): Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände (Hrsg.): Memorandum – Gesundheitswesen modernisieren und bezahlbar machen, Berlin.
- BDA (2004): BDA-Finanzierungsmodell für das Gesundheitsprämienmodell, Berlin, Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände.
- Beske, F. (2001): Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung: Kieler Konzept, Berlin.
- Bieback, K.-J. (2004): Verfassungsrechtliche Aspekte einer Bürgerversicherung, in: Engelen-Kefer, U. (Hrsg.): Reformoption Bürgerversicherung, Hamburg, S. 126 – 155.
- Bieback, K.-J. (2005): Verfassungsrechtliche Aspekte einer Bürgerversicherung. Schriften der Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 61, Baden-Baden.
- Biedenkopf-Kommission (2005): Kommission “Familie und demographischer Wandel“ (Hrsg.): Starke Familie. Bericht der Kommission „Familie und demographischer Wandel“, Robert Bosch Stiftung.
- Borchardt, K. und Farhauer, O. (2003): Kapitaldeckung als Antwort auf die demografische Herausforderung, Diskussionspapiere der Technischen Universität Berlin, Fakultät VIII, Nr. 6, Berlin.
- Bork, C. und Gasche, M. (2003): Ökonomische Wirkungen einer Finanzierungsreform im Gesundheitswesen, in: Wirtschaftsdienst, Nr. 12, S. 768-776.
- Braun, B., Kühn, H., Reiners, H., Das Märchen von der Kostenexplosion – Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik, 3. Auflage, Frankfurt 1998.
- Breyer, F. (2000): Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Heft 4, S. 383-405.
- Breyer, F. (2003): Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge – eine Begriffsklärung
- Breyer, F. und Schultheiss, C. (2003): Altersbezogene Rationierung von Gesundheitsleistungen?, in: Wille, E. (Hg.): Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen, Baden-Baden.
- Breyer, F. und Ulrich, V. (2000): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt: eine Regressionsanalyse, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Nr. 220, S. 1-17.
- Breyer, F., Zweifel, P., Kifmann, M. (2005): Gesundheitsökonomie, Berlin u.a.

- Breyer, F., Grabka, M.M., Jacobs, K., Meinhardt, V., Ryll, A., Schulz, E., Spieß, C.K., Wagner, G.G. (2002): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. In: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Bundesministerium für Gesundheit, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.): Zukunftsmarkt Gesundheit. Tagungsband der Veranstaltung des BMG und des BMWT, am 6.12.2001 in Berlin. Nomos, Baden-Baden, Band 145 Schriftenreihe des BMG, S. 67-234.
- Buchholz, W., Edener, B., Grabka, M.M., Henke, K-D., Huber, M., Ribhegge, H., Ryll, A., Wagener, H.-J., Wagner, G.G. (2001): Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken. DIW Diskussionspapier Nr. 247. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Hrsg. (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin (Rürup-Kommission).
- Busch, S., Pfaff, A.B., Rindsfüßer, C. (1996): Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, Schriftenreihe der Hans-Böckler-Stiftung, Graue Reihe – Neue Folge 110, Düsseldorf.
- Busse, R. (2004): Risikostrukturausgleich – Ziele, Umsetzungsmöglichkeiten sowie finanzwirtschaftliche und allokativen Wirkungen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Nr. 11-12, S. 23-31.
- CDU (2003): Christlich Demokratische Union (Hrsg.): Deutschland fair ändern. Beschluss des 17. Parteitag der CDU Deutschlands 2003, Berlin.
- CDU (2004): Christlich Demokratische Union (Hrsg.): Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämienmodell. Beschluss C33 des 18. Parteitags der CDU Deutschlands.
- CDU / CSU (2004): Christlich Demokratische Union / Christlich Soziale Union (Hrsg.): Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell, o.O.
- CDU/CSU/SPD (2005): Christlich Demokratische Union/Christlich Soziale Union/ Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Hrsg.): Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005, Rheinbach.
- DGB (2003): Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.): Eckpunkte des DGB zur Gesundheitsreform 2003 – „Eine gesunde Reform für alle“, Berlin.
- Ebsen, I., Greß, S., Jacobs, K., Szecseny, J., Wasem, J. (2003): Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Soziale Sicherheit, 52(4):128-32
- Ecker, T., Häussler, B., Schneider, M. (2004): Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich, Berlin u.a.
- Engelen-Kefer, U., Wiesehügel, K., Buntenbach, A., Stapf-Finé, H., (2003): Erwerbstätigenversicherung als gewerkschaftliche Reformoption, in: Soziale Sicherheit, 8-9, S. 271 – 278.
- Farhauer, O., Borchardt, K., Stargardt, T. (2004): Bürgerversicherung - Die Wirkung von Kopfprämien auf den Arbeitsmarkt, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 93(3), S. 349-371.
- Fasshauer, S. (2001): Grundfragen der Finanzierung der Alterssicherung: Umlageverfahren vs. Kapitaldeckungsverfahren, Deutsche Rentenversicherung, Heft Nr. 10-11, S. 631-645.
- FDP (2004): Freie Demokratische Partei (Hrsg.): Privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle – die auf Wettbewerb begründete liberale Alternative, Beschluss des 55. ordentlichen Bundesparteitags der FDP.
- Felder, S. (2003): Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung über den Risikostrukturausgleich, in: Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften, S. 60-72.

- Fetzer, S. und Raffelhüschen, B. (2002): Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung: Die Freiburger Agenda, Diskussionsbeiträge des Instituts für Finanzwissenschaften der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, Nr. 103.
- Flörke, D. (2000): Bruttowertschöpfungsbeitrag in der GKV: Realistisches Zukunftsmodell oder verstaubtes Schreckgespenst, in: Die Krankenversicherung, Nr. 6, S. 162-167.
- Fritzsche, B. (2004): Verteilungspolitische Aspekte einer Umstellung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung auf Pauschalprämien in Verbindung mit Ausgleichszahlungen, in: RWI-Mitteilungen 54/55(1):51-58.
- Gethmann, C.F., W. Gerok, W., Helmchen, H., Henke, K.-D., Mittelstrass, J., Schmidt-Assmann, E., Stock, G., Taupitz, J., Thiele, F. (2004): Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems, Berlin, Akademie Verlag.
- Göpffarth, D. und Henke, K.-D. (2007): Finanzierungsreform und Risikostrukturausgleich – Was bleibt vom Ausgleichsverfahren (demnächst in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik.
- Grabka, M. (2004): Alternative Finanzierungsmodelle einer sozialen Krankenversicherung in Deutschland – Methodische Grundlagen und exemplarische Durchführung einer Mikrosimulationsstudie, Dissertation an der Technischen Universität Berlin, Berlin.
- Grabka, M., Andersen, H.H., Henke, K.-D., Borchardt, K. (2002): Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Zur Berechnung der finanziellen Auswirkungen eines Umstiegs vom Umlage- auf das Kapitaldeckungsverfahren, Diskussionspapiere des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), Nr. 275, Berlin.
- Grabka, M.M., Leinert, J., Wagner, G.G. (2006): Bürgerversicherung oder Pauschalprämie? Oder beides? Die Bürgerprämie als Finanzierungsmodell für eine soziale Gesundheitssicherung, in: Soziale Sicherheit, 3.82-86.
- Grabka, M., Schreyögg, J., Busse, R. (2006): Verhaltensänderung durch Einführung der Praxisgebühr und Ursachenforschung – eine empirische Analyse, in: Medizinische Klinik 101(6), im Erscheinen.
- Greß, S., Groenewegen, P., Hoepfner, K. (2005): Die Reform-Mühle dreht sich wieder. In: Gesundheit und Gesellschaft 2, S. 20-25.
- Greß, S., Walendzik, A., Wasem, J. (2005): Nichtversicherte Personen im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland – Bestandsaufnahme und Lösungsmöglichkeiten, Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Essen.
- Greß, S., Wasem, J., Rothgang, H. (2003): Kopfprämien in der GKV – Keine Perspektive für die Zukunft, in: Arbeit und Sozialpolitik, 57(9-10):18-25.
- Henke, K.-D. (2004): Wie lassen sich Gemeinwohl und Wettbewerb in der Krankenversicherung miteinander verbinden – Eine nationale und europaweite Herausforderung, in: Kirchhof, P. (Hrsg.): Gemeinwohl und Wettbewerb, Heidelberg, S.129-146.
- Henke, K.-D. (2007): Der Gesundheitsfonds: Politikökonomische Aspekte und seine Rolle als Wettbewerbsinstrument, Diskussionspapier der Fakultät VIII Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin.
- Henke K.-D. und Borchardt, K. (2003): Reform Proposals for Health-Care Systems, in: CESifo DICE, Number 3, pp. 3-8.
- Henke, K.-D., Cobbers, B., Georgi, A., Schreyögg, J. (2006(2)): Die Berliner Gesundheitswirtschaft. Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung, Berlin.

- Henke, K.-D., Grabka, M., Borchardt, K. (2002a): Kapitalbildung auch im Gesundheitswesen? Auf dem Wege zu einer ordnungspolitischen Erneuerung der Krankenversicherung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Nr. 3, S. 196-210.
- Henke, K.-D., Johannßen, W., Neubauer, G., Rumm, U., Wasem, J. (2002): Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, Vereinte Krankenversicherung AG (Hrsg.), München.
- Henke, K.-D. und Reimers, L. (2005): Finanzierung, Vergütung und Integrierte Versorgung im medizinisch-technischen Leistungsgeschehen, TU Berlin.
- Henke, K.-D. und Reimers, L. (2006): Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischen Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben, Diskussionspapier 8/2006 der Fakultät VIII Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin (mittlerweile ist dieser Beitrag an verschiedenen Stellen abgedruckt worden).
- Herzog-Kommission (2003): Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin, 29. September 2003.
- Hof, B. und Schlömer, C.(2005): Zur Zukunftsfähigkeit von Kopfprämienmodellen für die GKV im anstehenden demographischen Wandel, in: Sozialer Fortschritt, 8:194-205.
- IGES (2005): Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (Hrsg.): Bürgerversicherung im Gesundheitswesen – Organisatorische Ausgestaltung und Umsetzung sowie einzelwirtschaftliche Konsequenzen, Zwischenbericht, Berlin.
- Jacobs, K. (2004): Bürgerpauschale. Der Weisheit letzter Schluß?, in: Gesundheit und Gesellschaft, 12:14-15.
- Jacobs, K. (2006): Wer bezahlt die Gesundheit? In: Gesundheit und Gesellschaft, 3:22-28.
- Jacobs, K. und Schulze, S. (2004): Bürgerversicherung in wettbewerblicher Sicht, in: Engelen-Kefer, U. (Hrsg.): Reformoption Bürgerversicherung, Hamburg, S. 85-109.
- Jacobs, K., Langer, B., Pfaff, A., Pfaff, M. (2003): Bürgerversicherung vs. Kopfpauschale. Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung, Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Jacobs, K. und Schellschmidt, H. (2002): Äquivalenz, Leistungsfähigkeit und Solidarität –Konturen einer GKV-Finanzierungsreform. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Heft 2, S. 15-22.
- Karasch, J. (2001): Ausweg aus der Finanzkrise der Sozialversicherungen: Die Wertschöpfungsabgabe, in: Sozialer Fortschritt, Nr. 2, S. 50-51.
- Kern, A.O., Kistler, E., Mamberer, F., Unteutsch, R.R., Martolock, B., Wörner, D. (2004): Die Bestimmung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Edition der Hans Böckler Stiftung, Nr. 107, Düsseldorf.
- Kern, A.O. und Langer, B. (2001): Managementausgaben und Sachleistungsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Nr. 5 , S. A131 – A134.
- Klose, J. und Schellschmidt, H. (2001): Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Einnahmen- und ausgabenbezogene Gestaltungsvorschläge im Überblick, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIDO) (Hrsg.), Bonn.
- Knappe, E. und Arnold, R. (2002): Pauschalprämie in der Krankenversicherung Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit, Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (Hrsg.), München.
- Kocher, R., Greß, S., Wasem, J. (2002): Vorbild für einen regulierten Wettbewerb in der deutschen Krankenversicherung? In: Soziale Sicherheit, 5, S. 299-307.
- Kronberger Kreis (2002): Stiftung Marktwirtschaft (Hrsg.): Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen, Berlin.

- Lampert, H. und Althammer, J. (2004): Lehrbuch der Sozialpolitik, 7. Auflage, Berlin u.a.
- Lauterbach, K., Gerber, A., Klever-Deichert G., Stollenwerk B., Luengen M. (2004): Entlastungswirkungen der Bürgerversicherung, in: Die Ersatzkasse, Nr. 10, S. 397-401.
- Lisa, M, Reimers, L, Henke, K.-D., Schlette, S. (2007): Access, Choice, and Guidance in German Health Care, Manuskript Berlin/Gütersloh.
- Lüngen, M., Gerber, A., Stollenwerk, B., Klever-Deichert, G., Lauterbach, K.W. (2005): Die Bürgerversicherung in der Krankenversicherung, in: Wirtschaftspolitische Blätter, 5:453-464.
- Lüngen, M., Potthoff, P., Wendland, G., Klever-Deichert, G., Lauterbach, K. (2005): Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der Morbidität zwischen Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Privaten Krankenversicherung – Eine Auswertung des Infratest Access Panels -, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Nr. 3-4, S. 25-30.
- Mamberer, F., Langer, B., Pfaff, A.B. (2005): Sozialreform-Nebenwirkungen: Sekundäreffekte von reformpolitischen Eingriffen in die soziale Sicherung infolge der Finanzverflechtungen zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung, Gesetzlicher Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung, Stadtbergen.
- Mühlenkamp, H. (2000): Die Rolle von Managed Care im US-amerikanischen Gesundheitswesen. Aktuelle Entwicklungen und gegenwärtige Erkenntnisse. Arbeitsbericht Nr. 3/00 des Instituts für Haushalts- und Konsumökonomik der Universität Hohenheim.
- Neubauer, G. und Ujlaky, R.(2004): Bürgerversicherung, Gesundheitsprämie oder private Versicherungspflicht?, in: Wirtschaftspolitische Blätter, 5:429-442.
- Niehaus, F. (2006): Alter und steigende Lebenserwartung – Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben, Köln.
- Oberender, P., Ulrich, V., Felder, S., Schneider, U., Werblow, A., Zerth, J. (2006): Bayreuther Versicherermodell: Der Weg in ein freiheitliches Gesundheitswesen, Bayreuth.
- PDS (2000): Partei des Demokratischen Sozialismus (Hrsg.): Wertschöpfungsabgabe statt lohnbezogener Arbeitgeberanteile zu den gesetzlichen Sozialversicherungen oder der Beitrag des technischen Fortschritts zur sozialen Sicherung - Plädoyer für ein Stiefkind in der Diskussion um die finanzielle Reform der sozialen Sicherungssysteme, Ein Diskussionsangebot des Vorstandes der PDS-Bundestagsfraktion, Berlin.
- Pfaff, A.B. (2003): Auswirkungen von Selbstbeteiligungen: Steuerung und Rationierung unter Berücksichtigung von Härtefallregelungen, in: Wille, E. (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen, S. 127-161.
- Pfaff, A.B., Langer, B., Freund, F. (2005): Kopfprämien als Finanzierungsoption der gesetzlichen Krankenversicherung – Quantitative Auswirkungen und gesundheitspolitische Implikationen, in: Greß, S., Pfaff, A.B., Wagner, G.G. (Hrsg.): Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie, S. 133-186.
- Pfaff, A.B., Pfaff, M., Langer, B., Mamberer, F., Freund, F. (2005): Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherung: Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung. Zweiter Zwischenbericht zu dem von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Forschungsvorhaben zum Thema Theorie und Empirie der Verflechtungen des Systems sozialer Sicherung Deutschlands. Unveröffentlichter Bericht an die Hans-Böckler-Stiftung, Stadtbergen, Augsburg.
- Pfaff, A.B., Pfaff, M., Langer, B., Mamberer, F., Freund, F. (2004): Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherung: Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung. Erster Zwischenbericht zu dem von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Forschungsvorhaben zum Thema Bürgerversicherung. Unveröffentlichter Bericht an die Hans-Böckler-Stiftung, Stadtbergen, Augsburg.

- Pfaff, A.B., Pfaff, M., Langer, B., Mamberer, F., Freund, F. (2004), Holl, N.(2006): Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherung: Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung. Endbericht zum von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Forschungsvorhaben, Stadtbergen und Augsburg.
- Pfaff, M. und Stapf-Finé, H. (2004): Konkrete Umsetzung der Bürgerversicherung, in: Pfaff, M. und Stapf-Fine, H. (Hrsg.): Bürgerversicherung – solidarisch und sicher! Die Rolle von GKV und PKV, Beitragsgrundlagen, Leistungskatalog, rechtliche Umsetzung, Hamburg, S. 240–257.
- Richter, W.F. (2005): Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, in: Wirtschaftsdienst, 11:1-5.
- Rürup, B. (2004): Gesundheitspolitik: Befunde und Perspektiven, in: Sozialer Fortschritt, Nr. 6, S. 159-163.
- Rürup, B. (2007): Demografie und Krankenversicherung – Was kostet Gesundheit, in: Gesundheit und Gesellschaft, 3:23-29.
- Rürup, B. und Wille, E. (2004): Finanzierungsreform in der Krankenversicherung, Gutachten im Auftrag des Verbandes der privaten Krankenversicherer, o.O.
- Rürup-Kommission (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.
- Schmähl, W. (2001): Finanzverflechtungen der gesetzlichen Rentenversicherung: interner Finanzausgleich und Finanzbeziehungen mit dem Bund sowie anderen Sozialversicherungsträgern – Elemente einer Bestandsaufnahme und einige Reformüberlegungen, in: Henke, K.-D., Schmähl, W. (Hrsg.): Finanzierungsverflechtung in der Sozialen Sicherung. Analyse der Finanzierungsströme und –strukturen, Baden-Baden, S. 9–37.
- Sehlen, S., Schröder, W. F., Schiffhorst, G. (2004): Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell – Simulationsrechnungen zu Ausgestaltungsmöglichkeiten (IGES-Papier 04-06). Berlin: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung.
- SPD (2004): Sozialdemokratische Partei Deutschlands (Hrsg.): Modell einer solidarischen Bürgerversicherung, Bericht der Projektgruppe Bürgerversicherung des SPD-Parteivorstandes, Berlin.
- Straubhaar, T., Geyer, G., Locher, H., Pimpertz, J., Vöpel, H. (2006): Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen. Beschäftigungswirkungen eines modernen Krankenversicherungssystems, HWWI.
- SVR (2002): Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.): Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum – Jahresgutachten 2002/2003, Stuttgart.
- SVR (2003): Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.): Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren, Gutachten 2003/2004, Wiesbaden.
- SVR (2004): Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Hrsg.): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Gutachten 2004/2005, Wiesbaden.
- SVRKAiG (1994): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sachstandsbericht 1994, Baden-Baden.
- SVRKAiG (1998): Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Bd. II: Fortschritt, Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung, Sondergutachten 1997, Nomos, Baden-Baden.
- SVRKAiG (2003): Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Gutachten 2003, Langfassung, Bonn.

- Wagner, G.G. (2003a): Bürgerprämie schafft sozialen Ausgleich und fördert Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, in: Handelsblatt, Nr. 166, 29. August 2003, S. 4.
- Wagner, G.G. (2003b): Pauschalprämien setzen das Konzept der Bürgerversicherung am besten um, in: ifo Schnelldienst, 56. Jg., Heft 17, 2003, S. 3-6.
- Wagner, G.G. (2005): Eine Bürgerversicherung für die Gesundheitsversorgung – Pauschalprämie hat gegenüber einem Beitragssatz-System mehrere Vorteile, in: Strengmann-Kuhn, W. (Hg.), Bürgerversicherung in Deutschland. Frankfurt.
- Wagner, G., Kreyenfeld, M., Spieß, C.K. (2001): Finanzierungs(modelle) und Organisationsmodelle institutioneller Kinderbetreuung, in: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.): Materialien 36/2004.
- Wasem, J., Greß, S., Rothgang, H. (2004): Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Perspektive für die Zukunft?, Aktualisierte und erweiterte Expertise für die Hans Böckler-Stiftung, Essen/Fulda.
- Wasem, J., Greß, S., Rothgang, H. (2003): Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung – eine Perspektive für die Zukunft?, Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung, Abschlussbericht, Essen u.a.
- Wille, E. und Igel, C. (2002): Zur Reform der Beitragsgestaltung, insbes. der Pflichtversicherungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung - eine empirische Analyse, Gutachten im Auftrag des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Mannheim.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Finanzen (2000): Freizügigkeit und soziale Sicherung in Europa, Gutachten, Schriftenreihe des Bundesministeriums der Finanzen, Bonn.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2004): Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung, Gutachten, Schriftenreihe des Bundesministeriums der Finanzen, Bonn.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Finanzen (2005): Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell, Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen.
- Zimmermann, H. und Henke, K.-D. (2005): Finanzwissenschaft – Eine Einführung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwirtschaft, 9. Auflage, München.
- Zipperer, M. (2003): Gutachten. Implikationen verfassungsrechtlicher, ordnungspolitischer und finanzieller Art, die mit der Einführung einer Bürgerversicherung verbunden sein können. Online-Veröffentlichung, hrsg. vom Verband der privaten Krankenversicherung. Verfügbar im Internet unter <http://www.pkv.de/downloads/zipperer.htm>, Download am 09.07.2004.
- Zweifel, P. (1978): Wieviel ist eine zusätzliche Million für das schweizerische Gesundheitswesen wert?, in: Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik, 3:449-472.