

WISO

Experten und Dokumentationen
zur Wirtschafts- und Sozialpolitik

Diskurs

Juni 2009



Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen

Gesprächskreis
Sozialpolitik

Zukunft
2020

**FRIEDRICH
EBERT**

STIFTUNG



Kurzgutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und
Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung

Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen

Anke Walendzik

Inhalt

Vorbemerkung	3
1. Schwachpunkte des deutschen Krankenversicherungssystems als Reformanlässe	5
2. Ziele einer Finanzierungsreform der GKV	10
3. Ansatzpunkte einer Finanzierungsreform	11
3.1 Einheitlicher Versicherungsmarkt statt Marktsegmentierung	11
3.2 Beitragsgestaltung: einkommensabhängige Beiträge und Pauschale als gangbare Wege	12
3.3 GKV und Familienlastenausgleich	16
3.4 Kapitaldeckung oder Umlageverfahren?	18
4. Fazit	21
Literatur	22
Informationen zur Autorin	24

Diese Kurzstudie wird von der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von der Autorin in eigener Verantwortung vorgenommen worden.

Vorbemerkung

Die gesetzliche Krankenversicherung, für gut 70 Millionen Menschen in Deutschland Garant einer medizinischen Versorgung, ist permanent in der öffentlichen Diskussion. Bei einem System, das im Jahre 2008 ca. 162 Mrd. Euro an Beiträgen und Steuermitteln ausgab, ist dies nicht verwunderlich. Aber es geht nicht nur darum, dass jeder seinen – von ihm als gerecht eingestuften – Teil erhält, es geht um die Finanzierung und die Sicherstellung einer adäquaten Gesundheitsversorgung.

Den rund 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherten standen im Jahr 2008 knapp 8,6 Millionen¹ privat Versicherte gegenüber. Da die privat Krankenversicherten überwiegend über ein hohes Einkommen und ein niedriges gesundheitliches Risiko verfügen, entzieht die Private Krankenversicherung (PKV) dem gesetzlichen, solidarisch finanzierten System die Einnahmen und die guten Risiken – die Armen und gesundheitlich Angeschlagenen bleiben so unter sich, wie auch die Reichen und Gesunden. Dies ermöglicht, dass sich gesunde Menschen in der PKV zu einem günstigeren Preis versichern können als es in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) möglich ist.

Die Beamten, Selbstständigen und Bezieher hoher Einkommen mit den guten Risiken sind so gesund und damit so günstig, dass die PKV die medizinischen Leistungen nicht nur zum normalen Preis, sondern mit einem Aufschlag erstatten kann. Ein Aufschlag, der die Leistungserbringer nötigt, Privatpatienten bevorzugt zu versorgen. Mit der Folge, dass der Zugang zu medizinischen Leistungen vom Sozialstatus und nicht von der Bedürftigkeit abhängig ist.

Die Leistungserbringer freuen sich, die privat Versicherten freuen sich, nur die auf der Wartebank sitzenden, die Praxisgebühr und höheren Beiträge zahlenden Mitglieder der GKV freuen sich nicht. Wie lassen sich diese Probleme zu Gunsten aller abstellen? Auflösung der gesetzlichen Krankenversicherungen und damit risiko-adäquate Beiträge für alle? Was passiert dann mit den Rentnern, chronisch Kranken, Behinderten, allen Personen in Tätigkeiten mit hohen Gesundheitsrisiken und geringen Einkommen, den mitversicherten Frauen, Männern und Kindern? Oder erfordert eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung für alle ein System mit Kontrahierungszwang, einheitlichen Beiträgen auf alle Einkommen, einem Risikostrukturausgleich und einheitlichen Konditionen für den Einkauf von Gesundheitsleistungen? Wie lassen sich Versorgungssysteme garantieren, die bedarfs- und bedürfnisgerecht die Erfordernisse, Bedürfnisse und Erwartungen zunehmend älter werdender Leistungsempfänger erfüllen? Genügt die bestehende Aus- und Weiterbildung des ärztlichen und pflegerischen Personals, um den verändernden Realitäten gerecht zu werden?

Der Gesprächskreis Sozialpolitik hat sich mit verschiedenen Gutachten und Workshops diesem Thema genähert und Antworten auf die Fragen erarbeitet. Wir sind zu der Erkenntnis gelangt, dass, um eine bedarfsgerechte gesundheitliche und pflegerische Versorgung für alle zu gewährleisten, eine solidarische Finanzierung notwendig ist, die alle Einkommen berücksichtigt und außerdem einheitliche Rahmenbedingungen für alle Versicherungen herstellt. Wesentliche Bestandteile dieses Systems, das Leistungen auf dem Niveau

1 Vgl. <http://www.pkv.de/zahlen/> (Abruf: 23. April 2009).

der derzeitigen GKV erstattet und das für alle Bürger verpflichtend ist, ist ein Verzicht auf risiko-adäquate Beiträge, eine erweiterte Umlagefinanzierung, ein Kontrahierungszwang, ein gemeinsamer Risikostrukturausgleich sowie die Möglichkeit, Gesundheitsdienstleistungen zu gleichen Konditionen einkaufen bzw. erstatten zu können. Auf Seiten der Leistungserbringung handelt es sich um ein System, das integrierte Angebote vorhält, die an der Lebenswelt und an den jeweiligen Lebensbedingungen ansetzen. Hierbei muss das Hausarztmodell im Zentrum stehen und geriatrische und gerontologische Fortbildung sollte für alle Gesundheitsprofessionen zur Pflicht werden.

Im Rahmen der Arbeit ist die vorliegende Expertise entstanden.² Vor dem Hintergrund der Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung der Gesundheitsversorgung werden hier Folgen und Alternativen der Marktsegmentierung, der Beitragsgestaltung, des Einkommens- und Familienlastenausgleichs, des Kapitaldeckungs- und des Umlageverfahren diskutiert.

Wir möchten uns bei der Autorin für die spannende, kontroverse und zugleich befruchtende Diskussion bedanken.

René Bormann

Peter König

Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

2 Außerdem sind in diesem Projekt folgende Publikationen entstanden, die unter www.fes.de/wiso abrufbar sind:

- Zukunft des Gesundheitssystems – Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft
- Mit gleichen Rahmenbedingungen zu einem fairen Wettbewerb im Gesundheitssystem – Zur Notwendigkeit einer einheitlichen Wettbewerbsordnung auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt
- Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

1. Schwachpunkte des deutschen Krankenversicherungssystems als Reformanlässe

Anlass für Reformüberlegungen für das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist der zunehmende Finanzierungsdruck, der sich in einem langfristigen Trend zur Beitragssatzsteigerung ausdrückt. Dieser Druck hat sowohl ausgabe- als auch einnahmeseitige Gründe. In den steigenden Ausgaben drücken sich einerseits medizinischer Fortschritt und die Präferenzen einer alternden Bevölkerung für mehr und anspruchsvollere Gesundheitsleistungen aus. Das ist grundsätzlich positiv zu bewerten und befördert das Wachstum des Gesundheitssektors der Volkswirtschaft (Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme 2003). Weitere Ursachen sind jedoch effizienz-mindernde Strukturen und Anreize bei der Leistungserstellung, insbesondere Folgen der unzureichenden Nutzung von Wettbewerbsanreizen. Insofern dürfen die Analyse einnahmeseitiger Probleme und entsprechende Reformanstrengungen nicht isoliert gesehen werden von der Notwendigkeit, die Leistungserstellung effizienter zu organisieren.

Auf der Einnahmeseite stellt sich die Frage, ob die derzeitige Form der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gegenwärtigen wie zukünftigen sozioökonomischen Entwicklungen und Anforderungen gerecht werden kann. Reformbedarf lässt sich insbesondere aus folgenden Problemen des derzeitigen Finanzierungssystems ableiten:

- **Die Beitragsbemessungsgrundlage der GKV unterliegt fortschreitender Erosion und ist angesichts zu erwartender demographischer Veränderungen wenig nachhaltig.**

Historisch bedingt wird der Kreis der Pflicht- und auch freiwillig Versicherten anhand des beruflichen Status und der Höhe des Einkommens

definiert (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004) und orientiert sich dabei am Merkmal abhängiger Beschäftigung. Entsprechend bemessen sich die Beiträge außer bei freiwillig Versicherten auch auf der Basis des Einkommens aus abhängiger Beschäftigung. Dabei hat aufgrund der Versicherungspflichtgrenze der besser verdienende Teil der abhängig Beschäftigten die Möglichkeit, sich im parallelen privaten Krankenversicherungssystem zu versichern. Die Beitragsbemessungsgrenze verhindert eine volle Verbeitragung höherer Einkommen auch von weiterhin freiwillig GKV-Versicherten. Die beitragspflichtigen Einnahmen leiden seit Beginn der 80er Jahre unter einer Wachstumsschwäche (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003). Sowohl der Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung als auch der Anteil der abhängig Beschäftigten an allen Erwerbstätigen geht seit 1990 zurück (Greß 2005). Gleichzeitig steigt die Bedeutung anderer Einkommensarten als der aus abhängiger Beschäftigung. Damit profitiert die Beitragsbemessungsgrundlage der GKV unterproportional vom Wachstum aller Einkommen. Bedingt durch die demographischen Veränderungen wird der Anteil der Rentner mit derzeit geringeren Beiträgen und höheren individuellen Ausgaben in der GKV weiter steigen.

Ökonomisch lässt sich jedoch die Abgrenzung des Versichertenkreises nicht mehr aus einer besonderen Schutzbedürftigkeit der Gruppe der Pflichtversicherten herleiten; gleichzeitig erlaubt es das parallel bestehende System der PKV leistungsstärkeren und gesünderen Personen, sich der Solidarität im Sozialversicherungssystem zu entziehen. Die Abhängigkeit

der Beitragseinnahmen der GKV von der Lohn- und Gehaltsentwicklung führt darüber hinaus zu einer starken konjunkturellen Abhängigkeit ihrer Finanzierung.

- **Art und Grundlage der Beitragsbemessung wirken verzerrend auf die Allokation des Faktors Arbeit und haben negative Effekte in Hinblick auf die Beschäftigung.**

Auch nach Einführung des Gesundheitsfonds 2009 sind die Beiträge der abhängig versicherten Beschäftigten zur GKV weiterhin Kernelement der Finanzierung. Sie bleiben lohnabhängig und werden zum größeren Anteil von Arbeitnehmern und Arbeitgebern paritätisch³ finanziert. Der Faktor Arbeit wird somit relativ verteuert. Wenn Finanzierungslücken weitere Beitragssatzerhöhungen erzwingen, so können über diese fortschreitende Verteuerung negative Beschäftigungseffekte entstehen, die sich wiederum in einem Teufelskreis auf die Beitragsbasis, das versicherungspflichtige Einkommen, auswirken.⁴

- **Die distributiven Effekte der Umverteilung in der GKV sind wenig zielgenau.**

Im derzeitigen System der GKV findet Umverteilung⁵ auf verschiedenen Ebenen statt. Dabei sind zunächst **intra-periodische** von **inter-temporalen Verteilungseffekten** zu unterscheiden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2005). Im Rahmen ersterer finden Belastungsverschiebungen zwischen Bevölkerungsgruppen innerhalb einer Periode statt, im zweiten Falle verschieben sich die Belastungen im Längsschnitt zwischen Generationen von Versicherten. Bei den intra-periodischen Verteilungseffekten lässt sich die Umverteilung zwischen Personen mit unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken (**Risikoausgleich**) und die Umverteilung zwischen Personen mit unterschiedlichem Ein-

kommen (**Einkommensausgleich**) differenzieren. Während in der privaten Krankenversicherung wegen der Berücksichtigung von Risikofaktoren bei der Prämienermittlung nur ein Risikoausgleich für nicht vorhersehbare Krankheitskosten stattfindet, erfolgt in der GKV der Risikoausgleich sowohl ex ante (vorhersehbare Krankheitskosten) als auch ex post (unvorhersehbare Krankheitskosten), denn die Beiträge sind sowohl von zu erwartenden als auch unerwartet eintretenden Krankheitskosten unabhängig. Eine Problematik des spezifisch deutschen Systems des Nebeneinanders von PKV und GKV ist also, dass sich ein Teil der gesünderen Personen dem solidarischen Risikoausgleich zwischen Personen mit höherem und geringerem vorhersehbarem Krankheitsrisiko entziehen kann.

Ein **Einkommensausgleich** kommt in der GKV durch das Nebeneinander von am Bedarf orientierten Leistungen und einkommensabhängigen Beitragszahlungen zustande. Dieser Einkommensausgleich wird allerdings als wenig zielgenau kritisiert (Lutz 1997). Durch einkommensabhängige Beiträge kommt es grundsätzlich zu einer proportionalen Belastung. Jedoch verursacht die begrenzte Definition der beitragspflichtigen Einnahmen mit Fokus auf die Einnahmen aus abhängiger Beschäftigung eine Ungleichbehandlung von Beziehern unterschiedlicher Arten von Einkommen. Durch die Versicherungspflichtgrenze können sich einkommensstärkere Personen außerdem der Einkommenssolidarität innerhalb der GKV entziehen, indem sie ins System der PKV ausweichen. Die Beitragsbemessungsgrenze sorgt zudem für eine regressive Verteilungswirkung in Bereichen höherer Einkommen, da Mitglieder mit höheren beitragspflichtigen Einnahmen einen geringeren Prozentsatz dieser Einnahmen vertragen müssen.

3 Abgesehen vom von den Arbeitnehmern alleine zu zahlenden Beitrag von 0,9%.

4 Zu einer genaueren mikroökonomischen Analyse der Wirkungen eines erhöhten „Abgabenkeils“ auf die Beschäftigung vgl. Rürup (2005).

5 Umverteilung lässt sich definieren im Verhältnis zu verschiedenen fiktiven Referenzszenarien. Hier werden sämtliche Umverteilungsströme im Vergleich zu einem Zustand ohne Krankenversicherung genannt. Gängige Vergleichsszenarien legen häufig ein Krankenversicherungsmodell mit risikoabhängigen Prämien zugrunde.

Intraperiodisch lassen sich außerdem im System der GKV Umverteilungsströme zwischen folgenden Gruppen differenzieren (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2005):

1. **Nach Altersgruppen:** Durch die höheren durchschnittlichen Gesundheitsausgaben in den höheren Alterskohorten verbunden mit einer häufig geringeren Beitragsbasis bei Renteneintritt kommt es zur Umverteilung von jung zu alt.
2. **Zwischen Mitgliedern und mitversicherten Familienangehörigen:** Da die mitversicherten Familienangehörigen im derzeitigen System keinen Beitrag leisten (Familienlastenausgleich), werden ihre Gesundheitskosten von den Mitgliedern mitgetragen. Familienversicherte sind dabei sowohl Kinder als auch mitversicherte Ehepartner ohne eigenes beitragspflichtiges Einkommen. Besonders im zweiten Falle werden die distributiven Auswirkungen inzwischen kritisch hinterfragt. Vor allem wird bemängelt, dass die aktuelle Form der Verbeitragung von Ehepartnern sowohl gegen den Grundsatz der horizontalen als auch der vertikalen Gerechtigkeit verstößt (Dräther 2004).⁶ Denn beim gleichen gemeinsamen Einkommen z.B. aus abhängiger Beschäftigung oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze können unterschiedliche Beitragsbelastungen für ein Ehepaar anfallen, je nachdem, ob ein Partner dieses Einkommen bezieht oder es sich auf beide Partner verteilt. Dadurch werden Ein-Verdiener-Ehen eindeutig gegenüber Zwei-Verdiener-Ehen bevorteilt. Zusätzlich ist die Ungleichbehandlung nicht mit dem Tatbestand der Kindererziehung, den der Gesetzgeber für förderungswürdig halten könnte, rechtlich verknüpft. Selbst wenn dies jedoch der Fall wäre, würde sich die Frage stellen, warum die Förderung der Kindererziehung an eine bestimmte Form von

familiärer Arbeitsverteilung gebunden sein sollte.

3. **Nach Geschlecht:** Wegen höherer Lebenserwartung der weiblichen Versicherten und durchschnittlich geringerem beitragspflichtigen Einkommen kommt es zu einer Umverteilung von Männern zu Frauen.
4. **Zwischen Versicherten mit unterschiedlichem Versicherungsstatus:** Es findet ein Umverteilungsprozess von den Pflichtmitgliedern und den freiwilligen Mitgliedern zu den Rentnern statt. Dabei leisten die Pflichtmitglieder einen anteilig höheren Deckungsbeitrag, da die freiwilligen Mitglieder aus Gründen der Selbstselektion stärker vom Familienlastenausgleich der GKV profitieren.

Hinsichtlich der Wahlmöglichkeit **einer Mitgliedschaft bei der PKV** lässt sich folgern, dass insbesondere für bei Eintritt gesunde einkommensstarke Mitglieder ohne potenziell in der GKV mitversicherte Familienangehörige ein starker Anreiz besteht, sich sowohl der Risikolidarität als auch der Einkommenssolidarität innerhalb der GKV zu entziehen. In Bezug auf diesen Personenkreis laufen die in der GKV angelegten distributiven Mechanismen ins Leere.

Die **intertemporalen Verteilungseffekte** sind im Zusammenhang mit der Diskussion zur Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV zu sehen. Bei einer Finanzierung im Umlageverfahren bedingen höhere Lebenserwartung und medizinischer Fortschritt alleine, dass alle Generationen in späteren Lebensphasen mehr Leistungen in Anspruch nehmen, als sie für die vorangegangene Generation finanziert haben. Eine Entwicklung hin zu einem höheren Anteil älterer Versicherter im Zusammenhang mit der oben beschriebenen Erosion der Beitragsbasis und des Versichertenkreises hat jedoch wesentlich stärkere intergenerative Verteilungseffekte. Will man allerdings die

⁶ Der finanzwissenschaftliche Grundsatz der horizontalen Gerechtigkeit besagt, dass Steuerpflichtigen bei gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit eine gleich hohe Steuerlast auferlegt werden soll. Im Grundsatz der vertikalen Gerechtigkeit wird gefordert, dass Steuerpflichtige mit höherer Leistungsfähigkeit eine höhere Steuerlast tragen sollen.

langfristige Perspektive betrachten, so ist zu beachten, dass das Verhältnis zwischen Beitragszahlern mit positivem Deckungsbeitrag zur GKV zu solchen mit negativem Deckungsbeitrag wesentlich von der Beschäftigungssituation der jeweils aktiven Generation abhängt. Anders: Eine vollbeschäftigte aktive Generation ist deutlich leichter in der Lage, auch die Ausgaben einer anteilig wachsenden älteren Generation mitzufinanzieren als eine unterbeschäftigte. Ob und in welchem Umfang also die zu erwartenden demographischen Veränderungen das Finanzierungssystem der GKV schwächen, ist nicht unwesentlich dadurch bestimmt, welche Investitionen heute (z.B. im Bildungsbereich) zur Sicherung der Beschäftigung kommender Generationen getätigt werden.

- **Das derzeitige System der GKV enthält versicherungsfremde Elemente, die aus ordnungspolitischer Sicht steuerfinanziert werden müssten.**

In der gesundheitsökonomischen Diskussion wird häufig vertreten, dass der angemessene Finanzierungsträger ordnungspolitisch nach der Art der zu finanzierenden Leistung zu bestimmen sei. Originäre Sozialversicherungsleistungen sind durch zumindest eine Form von Gruppenäquivalenz zu den Beiträgen der Versicherten gekennzeichnet, während der Konsum von Kollektivgütern sich nicht eindeutig zu identifizierenden Individuen oder Gruppen zuordnen lässt. Während für die ersteren eine Beitragsfinanzierung als passend angesehen wird, sollen Kollektivgüter über Steuern finanziert werden. Strittig ist, in welcher Form das individuelle Äquivalenzprinzip⁷ sozialversicherungstypisch durch solidarische Elemente ergänzt werden soll. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung stellt sich auf den Standpunkt, dass

unter sozialversicherungstypisch alleine der Ausgleich auch von bekannten guten und schlechten Risiken zu verstehen ist. D.h. über den versicherungstypischen Risikoausgleich ex post in der PKV hinaus findet das Solidarprinzip darin seinen Ausdruck, dass ein Risikoausgleich auch ex ante stattfindet, also auch z.B. schon kranke Personen ohne Beitragszuschläge versichert werden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2005). Damit sind alle Regelungen, die darüber hinaus zu einem Einkommensausgleich führen, sozialversicherungsfremd und sollten über steuerliche Finanzierung finanziert werden. Dies gilt sowohl für den allgemeinen Einkommensausgleich als auch für Sondertatbestände wie den Familienlastenausgleich. Das Bundesverfassungsgericht jedoch bezieht in seinem Urteil vom 18.7.2005 zum Risikostrukturausgleich ausdrücklich den Einkommens- und Familienlastenausgleich in das rechtmäßige Konzept der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ein (Bundesverfassungsgericht 2005). Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen argumentiert eher für den Beibehalt des Elements der Einkommenssolidarität in der GKV (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003). Begründet wird dies mit der gesellschaftlichen Akzeptanz dieser historisch gewachsenen Form des Ausgleichs. Außerdem weist er auf das hohe Unsicherheitspotenzial bei der Realisierung des Systemwechsels hinsichtlich des Transferbedarfs und eine in diesem Zusammenhang mögliche Verringerung der Einkommenssolidarität hin. Beiden Positionen ist jedoch gemeinsam, dass sie versicherungsfremde Elemente, also solche, die keinen Bezug zur Morbidität haben, sowohl im Ausgaben- als auch im Einnahmenbereich identifizieren. Im Bereich der Finanzierung handelt es sich dabei

7 Das individuelle Äquivalenzprinzip lässt sich in Bezug auf (private) Versicherungen so interpretieren, dass nur diejenigen Beiträge vom Individuum zu finanzieren sind, die ihm wahrscheinlich in Gestalt von Leistungen wieder zugute kommen. Entsprechend findet in der PKV auch nur ein Risikoausgleich ex post für bei Versicherungsabschluss nicht vorhersehbare Risiken statt.

darum, dass bestimmte Versicherte reduzierte oder keine Beiträge zahlen, wie z.B. im Rahmen des Familienlastenausgleichs. Im Falle dieser Elemente erscheint die Beitragsfinanzierung fragwürdig.

Ordnungspolitische Argumentationen im Hinblick auf die Finanzierung versicherungsfremder Elemente werden auch zur Begrün-

dung des Bundeszuschusses in der GKV herangezogen. Empirisch problematisch ist hier u.a., dass die jeweilige Höhe des Bundeszuschusses stärker von wechselnden konjunkturellen oder politischen Erwägungen bestimmt ist als vom deutlich weniger schwankenden Umfang der gegenzufinanzierenden Leistungen (Walendzik 2009).

2. Ziele einer Finanzierungsreform der GKV

Reformansätze für die oben angesprochenen Problematiken im Finanzierungssystem der GKV lassen sich nur anhand der verfolgten Reformziele beurteilen. Hier soll unterschieden werden zwischen wesentlichen Zielen und Nebenbedingungen, die bei Veränderungen berücksichtigt werden müssen. Es sollen vier Leitziele möglicher Finanzierungsreformen in den Vordergrund gestellt werden. So sollen Reformmaßnahmen eine höhere Nachhaltigkeit der Finanzierung bewirken, allokativ effizient im Sinne von Beschäftigungsverträglichkeit und Wachstumsförderung sowie möglichst konjunkturunabhängig sein und zielgenaue distributive Effekte haben. Bei der Umsetzung dieser Ziele muss beachtet werden, dass die Maßnahmen juristisch unbedenklich sind, auch im europarechtlichen Kontext, und politisch durchsetzbar sowie ordnungspolitisch möglichst konform. Die vier Leitziele lassen sich wie folgt näher definieren:

- **Nachhaltigkeit der Finanzierung** geht als Ziel über fiskalische Ergiebigkeit hinaus. Es geht darum, langfristig ein angemessenes Leistungsniveau in der Gesundheitsversorgung unabhängig von Alter und Einkommen der Versicherten unter Wahrung des Prinzips intergenerativer Gerechtigkeit zu sichern (Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme 2003). Insofern ist das Ziel nachhaltiger Finanzierung auch nur unter Beachtung der weiteren Ziele zu erreichen, nämlich vereinbar mit Wachstum und

Beschäftigung und verbunden mit gesellschaftlich konsentierten distributiven Effekten.

- **Allokative Effizienz** wird hier verstanden als die Vereinbarkeit mit Wachstum und Beschäftigung. Die Finanzierung der GKV soll eher wachstumsfördernde denn hemmende Wirkungen entfalten, und das gewählte Finanzierungsmodell soll über eine vergleichsweise geringe Belastung des Faktors Arbeit durch beschäftigungsfördernde Effekte gekennzeichnet sein.⁸ Gleichzeitig soll es nicht in Widerspruch stehen zur Einführung von Wettbewerbselementen in das GKV-System, um darüber die Effizienz im Gesundheitssektor zu verbessern.
- Die Finanzierung der GKV soll möglichst **konjunkturunabhängig** erfolgen. Der dadurch erzielte schwankungsfreiere Ressourcenzufluss vermeidet eine Reaktion in Gestalt einer prozyklischen Ausgabenpolitik.
- Die **Zielgenauigkeit distributiver Effekte** lässt sich nur in Bezug auf gesellschaftlich konsentierten distributive Ziele hin ermitteln. Bisherige im Rahmen der GKV neben dem Risikoausgleich realisierte Umverteilungsziele waren einkommensbezogene, begleitet von einem Familienlastenausgleich. Reformansätze sollten deshalb die Einkommensumverteilung umfassender und konsistenter gestalten und den Familienlastenausgleich orientiert an zeitgemäßen Familienformen und bezogen auf verschiedene familiäre Arbeitsteilungsmodelle gerechter gestalten.

⁸ Hierbei darf nicht übersehen werden, dass der wachsende Gesundheitsmarkt als solcher einen hohen Beitrag zum Bruttoinlandsprodukt leistet und dass die Produktion von Gesundheitsleistungen durch ihre hohe Arbeitsintensität einen sehr positiven Beitrag zur Beschäftigung leistet.

3. Ansatzpunkte einer Finanzierungsreform

Gegenwärtig diskutierte Reformmodelle adressieren jeweils mehrere Elemente des Finanzierungssystems der GKV, die dann miteinander kombiniert werden. Die Entscheidung für die Beitragsgestaltung als Pauschale oder Prozentsatz des Einkommens ist dabei zwar in der politischen Diskussion zeitweise in den Vordergrund getreten, ist jedoch je nach Gestaltung des gesamten jeweiligen Reformmodells durchaus nicht entscheidend für dessen Tauglichkeit zur Zielerreichung. Deshalb sollen hier alle wichtigen potenziellen Reformelemente dargestellt anhand der oben beschriebenen Leitziele beurteilt werden.

3.1 Einheitlicher Versicherungsmarkt statt Marktsegmentierung

Die Segmentierung des deutschen Krankenversicherungsmarktes zwischen GKV und PKV ist ein singuläres Phänomen in Europa. An Erwerbsstatus und Einkommen (Versicherungspflichtgrenze) wird festgemacht, ob Personen zu einem bestimmten Zeitpunkt eindeutig dem GKV- oder PKV-Markt zugeordnet werden oder ein Wahlrecht haben. Diese Trennung ist historisch gewachsen und aus der gegenwärtigen Situation nicht mehr begründbar:

- Die Trennungskriterien zwischen den Versichertenkreisen lassen sich nicht mehr mit der besonderen Schutzbedürftigkeit der GKV-Versicherten begründen. Sowohl dürfte ein großer Anteil der GKV-Versicherten nicht diesem Kriterium unterliegen; gleichzeitig dürfte es Personen im klassischen PKV-Klientel (z.B. kleine Selbstständige) geben, die durchaus des beson-

deren Schutzes vor Risiken der Krankheit und ihrer Folgen bedürfen. Außerdem ließe sich mit geringerer sozialer Schutzbedürftigkeit allenfalls ein Ausscheiden aus der GKV begründen, nicht aber ein Wahlrecht zwischen beiden Systemen (Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen 2003).

- Der sogenannte „Wettbewerb der Systeme“ führt unter den vorliegenden Bedingungen nicht zu allokativ besseren Ergebnissen. Es handelt sich nicht um einen Wettbewerb unter gleichen Rahmenbedingungen. Stattdessen konkurriert ein System ohne Solidaranteile mit einem Sozialversicherungssystem mit integrierten Solidaranteilen um eine Teilmenge der Versicherten des gesamten Systems. Dies führt für die PKV zu Vorteilen im Wettbewerb um einkommensstärkere Mitglieder und hat damit eine positive Risikoselektion für die PKV zur Folge. Bei unterschiedlichen Vergütungssystemen wie im ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Bereich⁹ richtet sich die Allokation der ärztlichen Leistungen nicht nur nach medizinischen Kriterien, sondern auch nach der Zugehörigkeit zum Versichertenkreis. Gleichzeitig ist der Wettbewerb innerhalb des PKV-Systems reduziert auf die Gewinnung von Neumitgliedern, da die Altersrückstellungen nicht portabel zwischen den Versicherungsunternehmen sind. Dem hilft die neu eingeführte Portabilität der Rückstellungen im Basistarif nur peripher ab.
- Die Ergebnisse der Marktsegmentierung sind distributiv unerwünscht. Die stärksten potenziellen Mitglieder einer solidarischen Krankenversicherung haben die Möglichkeit und die

⁹ Im stationären Bereich ist das Vergütungssystem für die Grundleistungen gleich, die PKV finanziert nur Zusatzleistungen wie die Chefarztbehandlung und verbesserte „Hotelleistungen“ getrennt.

Anreize, sich der Solidargemeinschaft zu entziehen. Sie nehmen weder am Risikoausgleich ex ante teil, noch am Einkommensausgleich oder am Familienlastenausgleich.

Aus diesen Gründen ist ein einheitliches soziales Krankenversicherungssystem anzustreben mit Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung. Bisherige gesetzliche Krankenkassen und Unternehmen der privaten Krankenversicherung können in dessen Rahmen unter gleichen Marktbedingungen konkurrieren. Dabei herrscht Kontraktionszwang, und die Beiträge bzw. Prämien sind risikounabhängig festzulegen; am bisherigen System des erweiterten Risikoausgleichs der GKV wird also festgehalten. Ein solches System ist sowohl mit einkommensabhängigen als auch mit Pauschalbeiträgen vorstellbar. Auch verschiedene Kombinationen von Finanzierungsverfahren in Umlage oder Kapitaldeckung sind grundsätzlich denkbar. Alle beteiligten Versicherer nehmen am Gesundheitsfonds und am Risikostrukturausgleich teil. Wichtig ist, dass die Einkaufsbedingungen von Gesundheitsgütern für die innerhalb des Systems finanzierten Leistungen gleich sind. Dazu ist in diesem Rahmen eine Angleichung der ambulanten Vergütungssysteme vorzunehmen (Walendzik 2008). Insgesamt ist ein einheitliches soziales Krankenversicherungssystem zu präferieren aus Gründen der nachhaltigen Finanzierung, aus distributiver Sicht, aber auch um einheitliche Wettbewerbsbedingungen zu schaffen. Dabei können private Krankenversicherungsunternehmen einen darüber hinausgehenden Markt über den Ausbau des Zusatzversicherungsgeschäfts finden.

Unklar ist, ob verfassungsrechtliche Bedenken einen vollständigen Systemübergang verhindern oder erschweren können. Grundsätzlich könnte von den privaten Versicherungsgesellschaften zunächst mit Artikel 12 Grundgesetz das Recht auf den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb geltend gemacht werden (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003), indem auf historisch gewachsene Bedingungen ihrer Geschäftstätigkeit verwiesen wird. Allerdings eröffnet das neue Modell der PKV neue Geschäftsfelder in der Konkurrenz mit den bisherigen GKV-Unternehmen

im einheitlichen Krankenversicherungssystem und belässt ihnen das Feld der Zusatzversicherungen. Sollte jedoch eine ablehnende verfassungsrechtliche Entscheidung fallen, so wäre zumindest anzustreben, die PKV in den Risikostrukturausgleich einzubeziehen, um ihre Versicherten am Solidarausgleich teilnehmen zu lassen. Außerdem sollte eine erweiterte Portabilität der Altersrückstellungen über den Basistarif hinaus eingeführt werden, um mehr wettbewerbliche Elemente ins PKV-System einzubringen.

Verfassungsrechtlich problematischer wird wahrscheinlich der Systemübergang in Bezug auf die Altverträge. Es existieren zwar Modelle, wie die Altersrückstellungen der PKV-Altversicherten als Ausgleich für die bisherige Nichtteilnahme am Solidarsystem der GKV zufließen könnten (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH: Albrecht 2006), jedoch kann der Verfügung über die bisher angesparten Altersrückstellungen das Recht auf Eigentum nach Artikel 14 Grundgesetz entgegenstehen. Aus diesem Grunde müsste dann der Systemübergang so gestaltet sein, dass die Altversicherten in der PKV verbleiben können, alle weiteren Bürger jedoch versicherungspflichtig in der neuen einheitlichen Sozialversicherung werden. Will man in ein solches Modell freiwillige Rückkehrmöglichkeiten für PKV-Altversicherte einbauen, so wäre für diese zu regeln, wie sie ihre angesparten Rücklagen in das neue System einbringen können.

3.2 Beitragsgestaltung: einkommensabhängige Beiträge und Pauschale als gangbare Wege

Ein Schwerpunkt der politischen und gesundheitsökonomischen Diskussion der letzten Jahre ist die Form der Beitragsgestaltung in einem zukünftigen GKV-System. Vorschlägen einer Reform der Rahmenbedingungen der einkommensabhängigen Beitragsfinanzierung stehen solche gegenüber, die Krankenversicherungsbeiträge in Form von konstanten Pauschalen vorschlagen. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat durch seine Konstruktion des Gesundheitsfonds letztendlich die Weiterentwicklung des Finanzierungs-

systems in beide Richtungen offen gehalten und wenige Probleme gelöst. Der Kompromiss selber hat starke und dringlich zu korrigierende Konstruktionsfehler. Die Begrenzung des von den Mitgliedern einer Kasse zu tragenden Zusatzbeitrags auf 1% ihres beitragspflichtigen Einkommens benachteiligt Kassen mit einkommensschwacher Mitgliedschaft und kann im Extremfall zu deren Insolvenz führen (Manouguian 2008). Dieser Fehler kann korrigiert werden, wenn der soziale Ausgleich in Bezug auf den Zusatzbeitrag aus dem Budget der Einzelkassen ausgelagert wird (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2006).

Für die weiterhin anstehende grundsätzliche Finanzierungsreform steht immer noch die Entscheidung für die zukünftige Beitragsform an. Das Erreichen der oben formulierten Reformziele hängt in beiden Grundansätzen jedoch stark von den übrigen Modellbedingungen ab. Deshalb wird hier je ein Modell auf der Basis jeder Beitragsform entwickelt und Pro und Kontra dieser Lösungen diskutiert.¹⁰ Beide Vorschläge basieren auf einer Versicherung der gesamten Bevölkerung unter den oben beschriebenen gleichen Wettbewerbsbedingungen durch GKV und PKV.

Das Konzept einer konstanten **Pauschale** für alle Bürger leitet sich von dem oben entwickelten ordnungspolitischen Konzept ab, das sozialversicherungstypische Solidarität alleine im vollständigen Risikoausgleich ansiedelt und sämtliche darüber hinausgehenden Umverteilungselemente aus dem System ausgliedern will. Es wird also das Äquivalenzprinzip stärker betont. Dementsprechend muss hier auch die Krankengeldversicherung ausgelagert werden, da diese als einzige bisherige GKV-Leistung äquivalent zum Einkommen gezahlt wird. Der einzelne Versicherte in der GKV zahlt also in seiner pauschalen Prämie die Durchschnittsausgaben im Versichertenkollektiv. Damit liefern die Preisdifferenzen zwischen Pauschalen einzelner Kassen in einem wettbewerblichen System deutlichere Preissignale als Beitragssatzdifferenzen, die die wettbewerb-

lichen Impulse durch die Einkommensabhängigkeit der Beiträge verzerren.

Durch das Pauschalssystem werden im Sinne der Nachhaltigkeit auch die Rentner stärker belastet als im bisherigen GKV-System, da ihre Beiträge trotz höherer durchschnittlicher Gesundheitsausgaben sich bisher von relativ niedrigeren beitragspflichtigen Einkommen ableiteten (Henke 2003) und insofern steigen.

Der bisherige Arbeitgeberbeitrag wird hinfällig und als Lohnbestandteil ausgezahlt. Die Pauschale wirkt von diesem Punkt an also nicht mehr als zusätzliche Besteuerung des Faktors Arbeit. Sie ist auch insgesamt von konjunkturellen Entwicklungen abgekoppelt, da sie in keiner Beziehung mehr steht zum Einkommen der Versicherten. Gesundheitspolitische Entscheidungen können in der Tendenz unabhängiger von akuten konjunkturellen Verwerfungen getroffen werden. Die bisherige redistributive Funktion der GKV wird durch den Pauschalbeitrag ins Steuer-Transfer-System verlagert. Die distributiven Wirkungen einer entsprechenden Reform hängen also auch von der Gestaltung des Zuschussystems und der Auswahl der steuerlichen Finanzierungsgrundlage ab. Da das Zuschussystem aber nur die Bezieher geringer Einkommen betrifft, ist schon hier festzustellen, dass es über das Zusammenwirken von Pauschale und Zuschuss (ohne Berücksichtigung der Finanzierung der Zuschüsse) zu einer Belastungsverchiebung von höheren auf mittlere Einkommen kommt.

Bei der Gestaltung der Zuschüsse bietet es sich an, wie dies auch die meisten konkreten Vorschläge tun, sich an einer prozentualen Höchstbelastung von Personen mit geringerem Einkommen zu orientieren. Dies könnte z.B. der bisherige Beitragssatz zum Gesundheitsfonds (Arbeitnehmer- plus Arbeitgeberbeitrag) sein. Geht die Pauschale über diesen Beitrag hinaus, so wird dieser Anteil als staatlicher Zuschuss geleistet. Wichtig ist es dabei, dass im Zuschussystem von einer durchschnittlichen Pauschale ausgegangen wird, um den Wettbewerb zwischen verschiedenen Krankenversicherungsträgern durch die Verrin-

¹⁰ Lösungen für den Familienlastausgleich werden im nächsten Abschnitt diskutiert.

gerung ökonomischer Anreize aus Beitragsvorteilen zu fördern (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004). Von Bedeutung ist auch der der Zuschussberechnung zu Grunde liegende Einkommensbegriff. Im Sinne horizontaler Beitragsgerechtigkeit ist auf alle Einkunftsarten abzustellen und sich nicht auf die Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit zu beschränken. Dabei ist zu klären, ob die Bezugsgröße das Bruttoeinkommen (also die Summe der Einkünfte ohne Abzug von Werbungskosten)(Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004) oder die Summe der Einkünfte unter Abzug der Werbungskosten sein soll und ob Verluste in einzelnen Einkunftsarten aufgerechnet werden dürfen. Die letztere Variante erscheint nicht sinnvoll, um „Steuersparmodelle“ nicht zu befördern. Weiterhin ist zu entscheiden, ob und in welcher Form in Lebensgemeinschaften das gemeinsame Einkommen berücksichtigt werden soll. Dies erscheint sinnvoll, da die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit im Wesentlichen vom gemeinsam erwirtschafteten Einkommen abhängt. Für die Berechnung bietet sich hier das im Bereich des Arbeitslosengeld II entwickelte Konzept der Bedarfsgemeinschaft an (Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH: Albrecht 2006), da hier sowohl eheliche als auch nicht eheliche Lebensgemeinschaften einbezogen sind und es nicht zu Benachteiligung von Ehepaaren gegenüber nicht verheirateten Paaren kommt. Durch eine solche Zuschusskonstruktion ist es möglich, die Zuschüsse zielgenau aufgrund ihrer Einkommenssituation bedürftigen Personen zukommen zu lassen.

Die distributive Wirkung des Zuschussystems ist auch von der Verteilungswirkung der steuerlichen Finanzierung abhängig. Es bietet sich eine Kombinationsfinanzierung aus Einkommens- und Mehrwertsteuer an. Dabei entfaltet die Einkommenssteuer eine deutlich progressive, die Mehrwertsteuer dagegen eine mäßig regressive Wirkung (Meinhardt 2005). Ein deutlicher Vorteil einer steuerlichen gegenüber der derzeitigen GKV-Umverteilung besteht darin, dass alle Bevölkerungsschichten in die Finanzierung mit-

einbezogen sind und dass die Wirkung der bisherigen Beitragsbemessungsgrenze entfällt, so dass höhere Einkommensgruppen stärker durch die Finanzierung der Umverteilung belastet werden. Während also die bisherige GKV-Finanzierung die Versicherten bis in mittlere Einkommensgruppen linear belastet und in Bezug auf höhere Einkommen regressiv wirkt, entfaltet die Kombinationsfinanzierung der Zuschüsse aus direkter und indirekter Steuer eine mäßig progressive Wirkung.

Die distributive Gesamtwirkung einer Pauschalentlastung im Zusammenklang von Pauschalbeitrag, Zuschussystem und steuerlicher Finanzierung hängt stark von den konkreten Modellparametern ab und kann im Rahmen des Kurzgutachtens nicht simuliert werden.

Insgesamt wird sich durch die Einbeziehung aller Bevölkerungsschichten eine im Schnitt geringere prozentuale Belastung der Einkommen durch die GKV-Pauschale ergeben. Auf der anderen Seite kommt es jedoch zu einer Mehrbelastung durch höhere Besteuerung, die nur zum Teil durch den wiederum zu besteuerten ausgezahlten Arbeitgeberanteil aufgefangen werden kann. Das bedeutet, dass von der Pauschale erhoffte positive allokativen Wirkungen durch die Verminderung des Einkommenssteuercharakters des GKV-Beitrages zumindest teilweise wieder aufgehoben werden. Gleichzeitig können sich bei den Transferempfängern im System der Pauschalen stärkere negative Anreize für das Arbeitsangebot ergeben als im einkommensabhängigen Beitragssystem (Wasem 2003). Denn abhängig von der Gestaltung des Systems können durch eine Arbeitsaufnahme im unteren Einkommensbereich Einkünfte durch Transfereinkommen entfallen. Dies könnte sich negativ auf die Entscheidung zum Arbeitsgebot auswirken.

Grundsätzliches Problem bei der Implementation der Ausgliederung der Einkommenssolidarität aus der GKV ist die Frage der politischen Durchsetzbarkeit der angestrebten distributiven Elemente im vollen Ausmaß. Es stellt sich die Frage, inwiefern Steuererhöhungen zur Finanzierung von bisher im Sozialversicherungssystem vorgenommenen Umverteilungsprozessen die gleiche

Akzeptanz bei der Bevölkerung erfahren und ob die Transfergesetzgebung stärker tagespolitischen Entscheidungen ausgesetzt ist als die bisherige beitragsfinanzierte Umverteilung.

Wird ein System mit **einkommensabhängiger Beitragsgestaltung** beibehalten, so verbleibt die Einkommenssolidarität innerhalb der Umverteilungsprozesse in der GKV. Hierfür spricht die Akzeptanz in der Bevölkerung für diese historisch gewachsene Form von Sozialversicherung. Soll das gewachsene System im Sinne der oben genannten Ziele reformiert werden, geht es neben der Ausdehnung des Versichertenkreises auf die gesamte Bevölkerung um die Gestaltung der Parameter Bemessungsgrundlage und Beitragsbemessungsgrenze.

Über eine veränderte Bemessungsgrundlage, also einen erweiterten Einkommensbegriff, lässt sich auch hier größere Nachhaltigkeit erreichen, da der Anteil des Einkommens aus abhängiger Beschäftigung an der Summe aller Einkunftsarten im Zeitablauf zurückgeht. Insofern sehen alle Vorschläge dieser Variante eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage vor. Die Einbeziehung der Arbeitgeber in die Finanzierung der Beiträge aus abhängiger Beschäftigung kann in diesem Modell beibehalten werden, es ist aber auch hier ein Systemwechsel in Gestalt der Auszahlung der bisherigen Arbeitgeberbeiträge oder eine Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags zum Zeitpunkt des Systemwechsels möglich. Bei der Bestimmung der Beitragsbemessungsgrundlage sind folgende Entscheidungen zu treffen:

1. Bestimmung der zu Grunde liegenden Einkunftsarten

Schon bisher bezieht sich das Beitragsrecht der GKV im Bereich der freiwillig Versicherten und im Gegensatz zur Beitragsbemessung bei den Pflichtversicherten auf die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit. Insofern wird vom Verfahren her kein völlig neues Terrain betreten, wenn sich die Beitragsbemessungsgrundlage für alle Versicherten erweitert, zumal dies zu einer wünschenswerten Gleichbehandlung der Versichertengruppen führt. Hier wird vorgeschlagen, die steuerrechtlich defi-

nierte Summe der Einkünfte zu Grunde zu legen. Neben höherer Ergiebigkeit hat dies den Vorteil, dass ein anteilig größerer Finanzierungsbeitrag der älteren Generation differenziert nach deren Einkommenslage erreicht wird. Zusätzliche Beiträge sind nämlich so nur von denjenigen zu leisten, die über Einkünfte aus Kapitalvermögen oder aus Vermietung und Verpachtung verfügen.

2. Anerkennung von Freibeträgen bei den einzelnen Einkunftsarten

Das bisherige Beitragsrecht geht bei der Behandlung von Arbeitseinkommen vom Bruttoprinzip aus; d.h. es können keine Werbungskosten abgesetzt werden. Dies erscheint zumindest für einige andere Einkunftsarten nicht sinnvoll. Bei selbstständiger Tätigkeit und bei Einkünften aus Vermietung und Verpachtung können beträchtliche Betriebsausgaben bzw. Kosten auftreten, so dass die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Versicherten ohne ihre Berücksichtigung kaum ausreichend erfasst werden kann (Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme 2003). Bei Einkünften aus Kapitalvermögen ist zu bedenken, dass das Einräumen von Freibeträgen die Vermögensbildung von Beziehern kleiner Einkommen befördern könnte. Bei dieser Einkunftsart gibt es somit Anlass, das Bruttoprinzip bei der Beitragsbemessung zu verlassen. Dafür bieten sich zwei Lösungen an. Erstens wäre es möglich, in begründeten Fällen für einzelne Einkunftsarten den Abzug von Kosten bzw. Freibeträgen zuzulassen. Die andere denkbare Regelung wäre es, im Sinne horizontaler Beitragsgerechtigkeit bei allen Einkommensarten den Abzug von Werbungskosten zuzulassen. Dies würde allerdings eine Minderung der Beitragsbemessungsgrundlage bei den Einkünften aus abhängiger Beschäftigung bedeuten, die aber ausgeglichen würde durch die Mehreinnahmen aus den anderen Einkunftsarten. Die genauen fiskalischen Auswirkungen beider Regelungen müssten auf empirischer Basis überprüft werden.

3. Aufrechenbarkeit von Gewinnen und Verlusten aus einzelnen Einkunftsarten?

Im Weiteren ist zu entscheiden, ob Verluste aus einzelnen Einkunftsarten gegen positives Einkommen in anderen verrechnet werden soll. Dies wird auch hier im Sinne der Vermeidung von „Steuersparmodellen“ in der GKV abgelehnt.

Grundsätzliches Problem der Beitragsbemessungsgrenze bei der GKV ist wie schon oben beschrieben die regressive Verteilungswirkung im Bereich höherer Einkommen. Aufgrund der Berücksichtigung weiterer Einkunftsarten würde außerdem die bisherige Beitragsbemessungsgrenze vermutlich von mehr Versicherten als bisher erreicht. Zu diskutieren wäre, ob eine grundsätzliche Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze anzustreben wäre. Dabei stellt sich die Frage, ob ein solches Modell im Widerspruch zur Auffassung von sozialversicherungstypischer Äquivalenz des Bundesverfassungsgerichts stünde. Zumindest aber erscheint es sinnvoll, die Beitragsbemessungsgrenze bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben. Damit wird die oben beschriebene Verteilungswirkung zwar nicht eliminiert wie im Rahmen steuerlicher Finanzierungselemente möglich, aber zumindest abgeschwächt. Daneben wird diskutiert, eine gesonderte Beitragsbemessungsgrenze für Einkünfte aus Kapitalvermögen einzuführen. Eine solche Maßnahme könnte auch vermögende Rentner stärker belasten und damit für höheres Leistungsfähigkeitsprinzip und Einkommensausgleich sorgen. Sie erscheint aber aus Gründen horizontaler Beitragsgerechtigkeit wenig angemessen.

Insgesamt wären beide Modelle dazu geeignet, sowohl eine nachhaltigere Finanzierung als auch eine größere distributive Gerechtigkeit herzustellen. In beiden würde auch der Faktor Arbeit entlastet und die Abhängigkeit von konjunkturellen Entwicklungen würde sinken. Besonders das letzte Ziel würde allerdings mit Beitragspauschalen besser erreicht, da konjunkturelle Schwankungen in der Einkommensentwicklung nicht unmittelbar durchschlagen. Mit der Bei-

tragspauschale und steuerfinanzierten Zuschüssen würde auch die stärkere Beteiligung höherer Einkommen theoretisch möglich, was die Beitragsbemessungsgrenze bei den einkommensabhängigen Beiträgen verhindert. Dabei ist allerdings der Belastungsverlauf im Pauschalensystem gerade im Bereich der mittleren Einkommen abhängig von der konkreten Gestaltung des Zuschussystems und dessen steuerlicher Finanzierung; die Pauschalen selber entfalten dort eine regressive Wirkung.

Zudem ist es fraglich, ob sich das Zuschussystem mit seinen Finanzierungsanforderungen über Steuern politisch im erforderlichen Ausmaß durchsetzen lässt angesichts staatlicher Verschuldung und Konsolidierungsdruck, selbst wenn es sich im Wesentlichen um Verschiebungen der Finanzierung zwischen direktem Staatshaushalt und Parafiskus handelt und ob es zu stärkerem Steuerwiderstand kommt (Rürup 2005). Zusätzlich könnte die Gefahr bestehen, dass sich die Steuerfinanzierung als weniger stabil erweist als das bisher gesellschaftlich anerkannte Finanzierungssystem und leichter kurzfristigen politischen Zugriffen ausgesetzt ist.

3.3 GKV und Familienlastenausgleich

Einhelliger als der allgemeine Einkommensausgleich wird der Familienlastenausgleich innerhalb der GKV als sozialversicherungsfremdes Element gesehen, jedoch werden Lösungen dafür kontrovers diskutiert. Dabei ist die Frage der Beitragsleistungen von Kindern und von nicht erwerbstätigen Ehegatten getrennt zu sehen.

Kinder sollen in jedem Falle für die Eltern beitragsfrei weiterversichert werden – auch darüber besteht in den verschiedenen Konzepten weitgehender Konsens.

In Verbindung mit der Pauschale sind zwei Lösungen denkbar: Einerseits können die Kosten für die Kinder auf die erwachsenen Versicherten umgerechnet werden und ihre Pauschale erhöhen. Damit verbleibt diese Form des Familienlastenausgleichs zwar in der Finanzierung bei der GKV, aber durch den umfassenden Versicher-

tenkreis ist doch anders als bisher die gesamte Bevölkerung beteiligt. Alternativ wäre es möglich, gesonderte Pauschalen für Kinder äquivalent zu deren durchschnittlichen Ausgabenprofilen zu berechnen und diese über einen Bundeszuschuss zu finanzieren oder bei den Eltern zu erheben und das Kindergeld entsprechend zu erhöhen.

In Verbindung mit einkommensabhängigen Beiträgen liegen beitragsfreie Mitversicherung und gegebenenfalls Finanzierung über einen Bundeszuschuss am nächsten. Finanzierung über Transfers wie Kindergeld wäre nur dann konsistent, wenn der Beitrag für Kinder als Pauschale erhoben würde.

Die beitragsfreie Finanzierung von **Ehepartnern ohne eigenes Einkommen** dagegen entspricht nicht mehr der Vielfalt gegenwärtig gelebter Familienmodelle. Generell handelt es sich hier empirisch nur in unter 50% um eine Art von Familienlastenausgleich in dem Sinne, dass Kinder oder pflegebedürftige Personen von dem beitragsfreien Ehepartner betreut werden (Dräther 2004), also in einem erheblichen Umfang um Zwei-Personen-Haushalte ohne solche Verpflichtungen. Daneben existieren ebenso viele Haushalte mit zwei erwerbstätigen Elternteilen und Kindern oder Pflegebedürftigen, die also keine Ehepartner-spezifischen Vergünstigungen beim GKV-Beitrag haben. Ebenso wenig Beitragsvergünstigungen haben die Haushalte von Alleinerziehenden. Es ist nicht einsichtig, wieso aus Gründen der Familienförderung gerade ein Typ von familiärer Arbeitsteilung bzw. sogar Arbeitsteilung in einer reinen Paarbeziehung so begünstigt werden sollte wie im derzeitigen Beitragssystem der GKV. Eine denkbare Lösung ist die völlige Abschaffung der Begünstigung von Ehepartnern ohne eigenes Einkommen. Alternativ können auch Finanzierungslösungen angestrebt werden, die weiterhin bestimmte Gruppen von Ehepartnern ohne Einkommen begünstigen. Dabei könnte es um bisher Familienversicherte gehen, die Erziehungs- oder Pflegeaufgaben wahrnehmen (evtl. bis zu einem bestimmten Höchstalter der Kinder) oder sogar solche, die diese wahrgenommen und dadurch ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt reduziert haben. Die zweite Lö-

sung wird hier nicht präferiert, da auch die einseitige Begünstigung von nicht erwerbstätigen Eltern gegenüber solchen, die ihre Arbeitszeit reduzieren und gleiche Erziehungsleistungen erbringen, familienpolitisch wenig zielgenau ist. Vor allen Dingen erscheint die Beitragsgestaltung der GKV nicht als angemessener Ort für die Gestaltung von Förderungsmaßnahmen für Familien in ihrer derzeitigen vielfältigen Form. Im Sinne der Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV sind ebenfalls Modelle ohne weitmaschige Ausnahmen vorzuziehen.

In Verbindung mit einer Versichertenpauschale ist eine konsistente Veränderung der derzeitigen Beitragsregelung einfach. Hier wird die Versichertenpauschale für alle Erwachsenen erhoben, Formen von beitragsfreier Mitversicherung von anderen Familienangehörigen als Kindern werden nicht vorgesehen.

Im System von einkommensabhängigen Beiträgen wird das Modell des Einkommenssplitting bevorzugt. Alternativvorschläge zu Mindestbeiträgen und prozentualen Beiträgen vom Beitrag des Ehepartners mit eigenen versicherungspflichtigen Einkünften für den Ehepartner ohne Einkommen führen nicht zur horizontalen Gleichbehandlung von Ehepaaren mit gleichen Gesamteinkünften. Bei Ehepaaren wird also das versicherungspflichtige Einkommen auf beide Partner gleichermaßen verteilt und in der GKV verbeitragt. Die gleiche Wirkung lässt sich erzielen, wenn alles Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze eines Ehepartners dem anderen zugewiesen wird. Bei Beibehaltung des Arbeitgeberanteils ist es in jedem Falle wichtig, dass bei Einkommen aus abhängiger Beschäftigung oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze des direkten Einkommensbeziehers nur noch der halbe (Arbeitnehmer-)Beitrag angesetzt wird, um allokativen Verzerrungen bei Arbeitsangebot und -nachfrage zu vermeiden. Dies erscheint bei der zweiten Berechnungsweise einfacher. Durch das Splitting ist das Kriterium horizontaler Beitragsgerechtigkeit zwischen Ehepaaren nun gewahrt, denn bei gleichem Einkommen des Paares werden gleiche Beiträge gezahlt. Zusätzlich entstehen weitere distributive Effekte dadurch, dass nur Paare mit

einem Einkommensbeziehenden oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze von höheren Beiträgen betroffen sind¹¹.

Es stellt sich die Frage, ob ein so gestaltetes Modell des Ehegattensplitting in Konflikt kommen könnte mit Artikel 6 Absatz 1 Grundgesetz, also dem besonderen Schutz von Ehe (und Familie). Dabei sind verschiedene Interpretationen denkbar:

- „Ehepartner dürfen nicht schlechter gestellt werden als Personen in nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften.“
Dies wäre ohne weitere Regelung durch das Ehegattensplitting der Fall, denn zwei unverheiratet zusammenlebende Personen würden u.U. weniger Beiträge zahlen als ein Ehepaar mit gleicher Einkommenskonstellation¹². Auch hier könnte man eventuell mit dem Konzept der Bedarfsgemeinschaft arbeiten und das Splitting auf alle Mitglieder von Bedarfsgemeinschaften anwenden, die nicht Kinder sind. Allerdings würde dies einen größeren Verwaltungs- und Kontrollaufwand bedingen.
- „Ehepartner dürfen generell nicht schlechter gestellt werden als zwei Unverheiratete.“ Dieser Grundsatz entstammt dem Steuerrecht, und es ist fraglich, ob er auch im Beitragsrecht angewendet werden muss, zumal ja schon bei den freiwillig Versicherten derzeit die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, also teilweise auch das Einkommen des Partners, zu Grunde gelegt wird¹³. Wird vom Verfassungsgericht trotzdem dieser Maßstab angelegt, so wäre es denkbar, die Beitragsbemessungsgrenze von nicht verheirateten Versicherten anzuheben. Sie müsste dann das Zweifache der Beitragsbemessungsgrenze von Verheirateten minus dem Mindestbeitrag¹⁴ betragen, damit die oben genannte Bedingung erfüllt ist (Dräther 2004). Es ist jedoch fraglich, ob eine so starke Mehrbelastung von unverheirateten Personen anzustreben ist.

Eine Korrektur der einseitigen Bevorzugung der Alleinverdiener Ehe ist also bei beiden Modellen der Gestaltung der Beitragsform möglich. Bei Beibehaltung von einkommensabhängigen Beiträgen und der Einführung des Ehegattensplittings könnte es je nach juristischer Interpretation zu verfassungsrechtlichen Problemen kommen.

3.4 Kapitaldeckung oder Umlageverfahren?

Die Diskussion um die Einführung des Kapitaldeckungsverfahrens in die GKV ist besonders in Zusammenhang mit dem Ziel der nachhaltigen Finanzierung zu sehen. Es geht darum, wie unerwünschte intergenerative Verteilungswirkungen zu reduzieren und gleichzeitig individuelle Beitragsverläufe zu glätten sind. Dabei ist die Entscheidung für eines dieser Verfahren oder ihre Kombination unabhängig von der Entscheidung für die vorab vorgestellten Reformelemente.

Die zu erwartende höhere Beitragsbelastung hängt im Bereich der GKV von mehreren Faktoren ab. Demographische Entwicklungen wie der rein durch Geburtenhäufigkeit und Zuwanderung bedingte höhere Anteil älterer Menschen und die Beschäftigungssituation der aktiven Generation stehen neben Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts auf Gesundheitskosten und Lebensdauer.

Im Kapitaldeckungsverfahren lässt sich die manchmal überschätzte (Postler 2003) voraussehbare demographische Komponente durch Bildung eines Kapitalstocks vorfinanzieren. Dabei sind drei Varianten denkbar:

- *Kohortenspezifische Altersrückstellungen:* Dies entspricht dem bisherigen System der PKV. Die einzelnen Alterskohorten bilden Rückstellungen, durch deren spätere Auflösung die Höhe ihres Beitrages in der Zukunft stabilisiert wird. Da jede Alterskohorte ihre Gesundheitskosten selber trägt, findet keine intergenerative Ver-

11 Nicht aber Paare, in denen zwei Personen Einkünfte oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze beziehen.

12 Z.B. der Fall eines Partners mit Einkommen weit oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze, des anderen mit einem Einkommen, was gerade einen Mindestbeitrag auslöst.

13 Bei freiwillig versicherten Ehegatten, deren Partner nicht in der GKV versichert ist.

14 Soweit weiterhin wie bisher im durch einkommensabhängige Beiträge finanzierten System ein solcher existiert.

teilung statt. Besonderes Problem dieses Verfahrens ist die starke Behinderung des Kassenvetwettbewerbs, wenn kein gangbarer Weg zur Schaffung einer Portabilität der Altersrückstellungen gefunden wird und infolgedessen kein Wettbewerb mehr um Altkunden stattfindet wie im derzeitigen PKV-System außerhalb des Basis-Tarifs.¹⁵ Bei der Einführung eines solchen Systems im derzeitigen System der GKV entstünde eine Doppelbelastung der zu dem Zeitpunkt aktiven Generation, da sie die Finanzierung der älteren Kohorten zusätzlich zum Aufbau ihrer eigenen Altersrückstellungen übernehmen müsste. Diese ließe sich allenfalls vermeiden oder verkleinern, indem diese durch Formen von Staatsverschuldung ausgeglichen würde (z.B. in Form eines negativen Sondervermögens (Eekhoff 2008)).

- *Aufbau eines allgemeinen Kapitalstocks:* Es wird von allen Versicherten ein gemeinsamer Kapitalstock aufgebracht, dessen Erträge dann in den Gesundheitsfonds fließen können. So entsteht das Problem der Portabilität der Altersrückstellungen gar nicht erst. Hier wird die intergenerative Verteilung deutlich verändert; daneben wird auch der Beitragsverlauf der Versicherten über die Zeit geglättet. Nachteil dieses Verfahrens ist auch hier die Doppelbelastung der aktiven Einführungsgeneration, die sowohl im Umlageverfahren die Last der derzeitigen Alten trägt als auch den Kapitalstock für ihr eigenes Alter aufbauen muss.
- *Individuelles Vorsorgesparen:* Hier spart die heute aktive Generation gezielt Vermögen an, um daraus in der Zukunft steigende Beitragslasten zu finanzieren. Diese Sparform müsste allerdings obligatorisch sein, da ansonsten die Gefahr von „Free-Rider-Verhaltens“ bestünde. D.h. Angehörige gerade niedriger Einkommensgruppen würden sich eventuell darauf verlassen, dass ihre Gesundheitsversorgung in der Zukunft von der Allgemeinheit getragen würde, und nicht freiwillig vorsorgen. Das individuelle Vorsorgesparen hat für sich keine

intergenerativen Auswirkungen, sondern glättet nur die Beitragsverläufe der Sparenden. Da der sich aus dem Umlageverfahren ergebende Beitragsverlauf gleich bleibt, werden die zukünftigen Generationen hier gleich hoch belastet wie ohne diese Sparform (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004).

Aber auch das Umlageverfahren lässt sich so gestalten, dass es zu unterschiedlichen intergenerativen Verteilungseffekten führt. Hier lassen sich in erster Linie zwei Formen unterscheiden:

- *Allgemeines Umlageverfahren:* Dies ist das bisher in der GKV praktizierte Verfahren mit den bekannten intergenerativen Verteilungswirkungen
- *Kohortenspezifisches Umlageverfahren:* Idealtypisch werden hier die Gesundheitsausgaben einer Alterskohorte auf ihre Mitglieder in Gestalt von Beiträgen umgelegt. Näherungen an die Ergebnisse eines solchen Umlageverfahrens würde man auch erreichen, wenn man in der Situation einer alternden Bevölkerung die Beitragsbelastung der Rentner anhebt.

Zu höherer Nachhaltigkeit der Finanzierung in der GKV könnten also derzeit am besten der Aufbau eines allgemeinen Kapitalstocks und/oder das Umlageverfahren mit verstärkter Beitragsbelastung der Rentner beitragen.

Vorteile des Aufbaus eines allgemeinen Kapitalstocks sind dabei:

- Es ist parallel möglich, die intergenerative Verteilung zu korrigieren und die individuellen Beitragsverläufe zu glätten.
- Bei Renditen des angelegten Kapitals, die höher sind als die Zuwächse, die sich durch die Wachstumsrate der Beitragsbemessungsgrundlage ergeben, steht insgesamt mehr Kapital zur Bewältigung der zukünftigen Ausgabensteigerungen zur Verfügung.
- Gelingt es, ein System der portablen individuellen Altersrückstellungen einzuführen, so entstünden im Vergleich zum Umlagesystem Anreize zur Prävention.

¹⁵ Denkbar wäre hier die Einführung von portablen individuellen Altersrückstellungen, die die jeweilige Risikosituation des wechselnden Versicherten widerspiegeln. Hierdurch könnte Wettbewerb der Versicherer ohne Einführung eines Risikostrukturausgleichs erzielt werden (Eekhoff 2008).

Demgegenüber stehen aber auch beträchtliche Nachteile:

- Ein Umstieg ohne weitere Maßnahmen würde die gegenwärtige Generation doppelt belasten.
- Durch Aufbau eines Kapitalstocks der GKV könnten Begehrlichkeiten der Politik geweckt werden mit der Gefahr der Zweckentfremdung des angelegten Kapitals.
- Es ergeben sich Verschuldungsspielräume für andere Fiskal, deren Nutzung unerwünscht wäre.
- Ein Kapitalstock ist Risiken der Kapitalentwertung oder -vernichtung ausgesetzt durch Inflation oder unvorhergesehene Kapitalmarktentwicklungen (Jacobs 2003).

Der überwiegende Teil der Argumente spricht also für die Beibehaltung des Umlageverfahrens. Zu überlegen wäre allenfalls die Einrichtung eines Teil-Kapitalstocks, um zeitlich begrenzte demographische Risiken zu überbrücken (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004). Dieser könnte während vom demographischen Wandel besonders betroffener Jahre im Sinne der Beitragsstabilisierung abgebaut werden. Auch hier bliebe allerdings das Problem der doppelten Belastung der derzeitigen Generationen. Außerdem erscheint es nicht ausreichend klar, ob das demographische Problem ein vorübergehendes ist.

4. Fazit

Sinnvolle Reformoptionen für die Finanzierung der GKV ergeben sich aus der Kombination mehrerer Reformelemente. Grundlage sollte eine Pflichtversicherung für alle Bürger im Rahmen eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes sein, der durch Kontraktionszwang, risikounabhängige Prämien und einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich charakterisiert ist. Die Beitragsgestaltung kann in Form einer Pauschale kombiniert mit einem steuerfinanzierten Zuschussystem oder in Form eines einkommensabhängigen Beitrags erfolgen. Im zweiten Falle sollte die Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkunftsarten erweitert werden und die Beitragsbemessungsgrenze auf die der gesetz-

lichen Rentenversicherung erhöht werden. Kinder sollten entweder beitragsfrei mitversichert werden, dabei können die für sie entfallenden Gesundheitsausgaben durch einen Bundeszuschuss finanziert werden. Alternativ können ihre Beiträge – die dann aber die Form von Pauschalbeiträgen haben müssten – auch über staatliche Transfers an die Erziehungsberechtigten refinanziert werden. Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten ohne eigenes Einkommen soll entfallen. Im Falle von einkommensabhängigen Beiträgen soll ein negatives Ehegattensplitting stattfinden. Der Umlagefinanzierung ist im Rahmen der GKV grundsätzlich der Vorzug zu geben.

Literatur

- Bundesverfassungsgericht, 2005: 2 BvF 2/01 vom 18.7.2005.
- Dräther, Henrik; Rothgang, Heinz, 2004: Die Familienversicherung für Ehepaare in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Problemanalyse und Lösungsvorschläge. *ZeS-Arbeitspapier*.
- Eekhoff, Johann; Bünnagel, Vera; Kochskämper, Susanna; Menzel, Kai, 2008: *Bürgerprivatversicherung; ein neuer Weg im Gesundheitswesen*. Tübingen.
- Greß, Stefan; Walendzik, Anke; Wasem, Jürgen, 2005: Nichtversicherte Personen im Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland — Bestandsaufnahme und Lösungsmöglichkeiten. *Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen Campus Essen*, <http://www.wiwi.uni-due.de/forschung/c-fuer-alle-beitraege-universitaet-duisburg-essen/>.
- Henke, Klaus-Dirk, 2003: Finanzierung und Vergütung von Gesundheitsleistungen – Ein Buch mit sieben Siegeln. *Wirtschaftsdienst* 2/2003.
- Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH: Albrecht, Martin; Hofmann, Jürgen; Reschke, Peter; Schiffhorst, Guido; Sehlen, Stefanie, 2006: Stabilisierung der Finanzierungsbasis und umfassender Wettbewerb in einem integrierten Krankenversicherungssystem. Berlin.
- Jacobs, Klaus, 2003: Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung. In *Bürgerversicherung versus Kopfpauschale; Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung*, edited by K. L. Jabobs, Bernhard; Pfaff, Anita; Pfaff, Martin. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, 2003: Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung.
- Lutz, Peter; Schneider, Ulrike, 1997: Der soziale Ausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung. In *Diskussionspapiere*, edited by W. F. d. L.-U. Hannover. Hannover.
- Manouguian, Maral; Greß, Stefan; Walendzik, Anke; Wasem, Jürgen, 2008: Finanzielle Auswirkungen des Zusatzbeitrags auf die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. *Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen Campus Essen*.
- Meinhardt, Volker; Zwiener, Rudolf, 2005: Gesamtwirtschaftliche Wirkungen einer Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung. Berlin: DIW Berlin.
- Postler, Andreas, 2003: Modellrechnungen zur Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Auswirkungen von demographischem Fortschritt und medizinisch-technischem Fortschritt. *Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Standort Duisburg*.
- Rürup, Bert, 2005: Das Verhältnis von Beitragsfinanzierung und Steuerfinanzierung in der sozialen Sicherung. Darmstadt.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2004: Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland; Jahresgutachten 2004/05. Wiesbaden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2005: Jahresgutachten 2005/06.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2006: Jahresgutachten 2006/07.

Walendzik, Anke; Gress, Stefan; Manougian, Maral; Wasem, Jürgen, 2008: Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Diskussionsbeiträge aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen Campus Essen.

Walendzik, Anke, 2009: Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Wasem, Jürgen; Greß, Stefan; Rothgang, Heinz, 2003: Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine Perspektive für die Zukunft? In ZeS-Arbeitspapier, edited by U. B. Zentrum für Sozialpolitik. Bremen.

Informationen zur Autorin

Anke Walendzik

Diplom-Volkswirtin, wissenschaftliche Mitarbeiterin des Lehrstuhls für
Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen.

Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitssystem, Gesundheitspolitik,
ärztliche Vergütung



Neuere Veröffentlichungen der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik

Projekt Zukunft 2020

Deutschland 2020

Aus der Krise in eine soziale Zukunft

WISO Diskurs

Projekt Zukunft 2020

**Szenarioanalyse zur Zukunft des sozialen
Deutschland**

WISO Diskurs

Projekt Zukunft 2020

**Zukunft 2020 – ein Modell für ein soziales
Deutschland**

WISO Diskurs

Projekt Zukunft 2020

**Eine soziale Zukunft für Deutschland – Strategische
Optionen für mehr Wohlstand für alle**

WISO Diskurs

Wirtschaftspolitik

Exporteuropameister Deutschland und die Krise

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

**Weltwirtschaftskrise 2009: Notwendige
wirtschaftspolitische Schritte zur Überwindung
einer Bilanzrezession**

WISO direkt

Wirtschaftspolitik

**Geld- oder Finanzsektorpolitik: Wer trägt
die Hauptschuld an der Finanzkrise?**

WISO direkt

Arbeitskreis Mittelstand

**Mittelstandsförderung auf dem Prüfstand –
Erfolgskriterien gesucht**

WISO direkt

Gesprächskreis Verbraucherpolitik

**Ethik – ein neuer Luxusartikel? Verantwortlicher
Konsum in Politik und Gesellschaft**

WISO direkt

Arbeitskreis Innovative Verkehrspolitik

**Teilhabe zu ermöglichen bedeutet Mobilität zu
ermöglichen**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Mit gleichen Rahmenbedingungen zu einem fairen
Wettbewerb im Gesundheitssystem**

WISO direkt

Gesprächskreis Sozialpolitik

**Gerechtigkeit für Generationen – Eine
gesamtwirtschaftliche Perspektive**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Arbeit und Qualifizierung

**Erwerbslosigkeit, Aktivierung und soziale
Ausgrenzung – Deutschland im internationalen
Vergleich**

WISO Diskurs

Arbeitskreis Arbeit-Betrieb-Politik

**Mit einem europäischen Produktionsmodell
und dem Ausbau der Mitbestimmung aus
der Krise – das Beispiel Opel**

WISO direkt

Arbeitskreis Dienstleistungen

**Mehr Gesundheit wagen! Gesundheits- und
Pflegedienste innovativ gestalten**

WISO Diskurs

Gesprächskreis Migration und Integration

**Europäische Migrationspolitik – Bestandsaufnahme
und Trends**

WISO Diskurs

Frauen- und Geschlechterpolitik

**Gender in der Pflege
Herausforderungen für die Politik**

WISO Diskurs

Volltexte dieser Veröffentlichungen finden Sie bei uns im Internet unter

www.fes.de/wiso