

van Suntum, Ulrich

**Working Paper**

## Ein Vorschlag zum Systemwechsel in der Krankenversicherung

Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, No. 33

**Provided in Cooperation with:**

University of Münster, Münster Center for Economic Policy (MEP)

*Suggested Citation:* van Suntum, Ulrich (2010) : Ein Vorschlag zum Systemwechsel in der Krankenversicherung, Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, No. 33, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Centrum für Angewandte Wirtschaftsforschung (CAWM), Münster

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/51302>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*

Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung

Nr. 33

(Februar 2010)

Ein Vorschlag zum Systemwechsel in der  
Krankenversicherung

Ulrich van Suntum

Centrum für angewandte Wirtschaftsforschung

der Universität Münster

Am Stadtgraben 9

D-48143 Münster

[www.cawm.de](http://www.cawm.de)

sekretariat@insiwo.de

## Einleitung

In der Gesundheitspolitik stehen sich nach wie vor die Konzepte der Kopfpauschale mit Solidarausgleich einerseits und der Bürgerversicherung mit steuerähnlichen Gesundheitsbeiträgen für alle andererseits gegenüber. Der 2009 eingeführte Gesundheitsfonds war als Kompromisslösung gedacht: Alle GKV-Versicherten zahlen seitdem einheitliche Beiträge, welche jedoch durch den Fonds nach Kriterien des Risikostrukturausgleichs an die einzelnen Kassen verteilt werden. Zudem können bzw. müssen die Kassen Zusatzbeiträge erheben, wenn sie mit den ihnen zugewiesenen Mitteln nicht auskommen. Dadurch sollten Kostenbewusstsein und Wettbewerb zumindest innerhalb des GKV-Systems initiiert werden.

Die Praxis hat allerdings gezeigt, dass dieses System weder zufriedenstellend funktioniert noch auf politische Akzeptanz trifft, letzteres insbesondere seitdem tatsächlich Zusatzbeiträge erhoben werden. Schon vor dem Inkrafttreten des Gesundheitsfonds, der auf eine Idee von Richter (2005) zurückgeht und vom Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesfinanzministerium (2005) propagiert wurde, hatte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung diesen als „Missgeburt“ bezeichnet (Sachverständigenrat 2006). Aber auch die vom Sachverständigenrat selbst vorgeschlagene Kompromisslösung einer Bürgerpauschale löst nicht wirklich die zentralen Probleme. Sie sieht einkommensunabhängige Versicherungsbeiträge gemäß den Durchschnittskosten der Versicherten für alle Bürger vor, verbunden mit einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich (Sachverständigenrat, JG 2004 und 2005). Auch dieses System würde einen Risikostrukturausgleich sowie Kontrahierungszwang im Basistarif erfordern, zudem würde die PKV dabei in ihrer bisherigen Form zwangsweise abgeschafft bzw. auf reine Zusatzleistungen zum Basistarif reduziert. Die aktuelle politische Diskussion zeigt zudem deutlich, dass Kopfpauschalen weder in der Politik noch in der Bevölkerung auf hinreichende Akzeptanz stoßen.

Im Folgenden wird ein alternativer Vorschlag präsentiert, der wesentliche Elemente der Bürgerversicherung mit dem Grundprinzip eines wettbewerblichen Krankenversicherungsmarktes verbindet. Er kommt ohne Steuererhöhungen sowie ohne Risikostrukturausgleich und Kontrahierungszwang aus und hält dennoch am Prinzip des Solidarausgleichs fest. Der Vorschlag öffnet allen GKV-Versicherten die Wechselmöglichkeit in die PKV und garantiert ihnen gleichzeitig eine maximal unveränderte, in vielen Fällen sogar sinkende Beitragsbelastung gegenüber dem geltenden System. Diese Eigenschaften sollten ihn für die aktuelle politische Debatte zu einer diskussionswürdigen Option machen.

## Grundprinzip: Risikoäquivalente Beiträge in GKV und PKV

Risikostrukturausgleich und Kontrahierungszwang sind nur notwendig, wenn die Versicherungsbeiträge nicht den (erwarteten) Kosten des betreffenden Versicherten entsprechen. Daher sind diese Instrumente in der PKV entbehrlich. Es liegt also nahe, das Prinzip risikoäquivalenter Beiträge auch in der GKV anzuwenden. Dazu muss freilich das Problem des Solidarausgleichs gelöst werden, denn viele der in der GKV Versicherten könne die wahren Kosten ihrer Gesundheitsversorgung nicht aus dem eigenen Einkommen tragen.

Die Idee der einkommensunabhängigen Gesundheitsprämie sieht dazu einen steuerfinanzierten Solidarausgleich auf der Individualebene vor: Wer die Einheitsprämie nicht tragen kann, erhält vom Finanzamt einen entsprechenden Zuschuss als negative Einkommensteuer. Die Kosten dafür müssen durch staatliche Finanzmittel aufgebracht werden, im Zweifel also durch Steuererhöhungen. Dieser Lösungsansatz wirft jedoch gravierende Probleme auf:

- Die Gesundheitsprämie ist nicht risikoäquivalent, somit sind Risikostrukturausgleich und Kontrahierungszwang weiter notwendig.
- Je nachdem, welche Steuern erhöht werden, treten andere Verteilungswirkungen auf, die in ihrer Komplexität politisch kaum beherrschbar sind. So würde eine Mehrwertsteuererhöhung auch kleine Einkommen belasten, die Betroffenen würden also den Solidarausgleich zu Ihren Gunsten teilweise selbst bezahlen.
- Zu den Begünstigten würden zudem auch wohlhabende Kranke zählen, während gesunde Bezieher mittlerer Einkommen und Alleinstehende u.U. mehr an Gesundheitsprämie zahlen müssen, als es den ihnen zuzurechnenden Kosten entspricht.
- Der Solidarausgleich auf der Individualebene dürfte erheblichen Streit im Einzelfall sowie hohe Bürokratiekosten verursachen.
- Politisch besteht zudem ein hohes Maß an Vorbehalten gegenüber Einheitsprämien für reich und arm, der vorgesehene Solidarausgleich wird entweder nicht richtig erkannt oder man misstraut ihm (womöglich nicht einmal zu Unrecht, s.o.). Zudem werden Steuererhöhungen politisch weitgehend abgelehnt. Dagegen besteht in Bevölkerung und Politik eine hohe Präferenz für „solidarische“, d.h. am Einkommen ansetzende Kassenbeiträge.

Es gibt jedoch durchaus Möglichkeiten, diese sachlichen und politischen Schwierigkeiten zu überwinden. Dazu muss man sich zunächst klarmachen, dass die Kosten des Solidarausgleichs unabhängig von einem etwaigen Systemwechsel anfallen und auch heute schon getragen werden, nämlich von den guten Risiken innerhalb der GKV. Das sind diejenigen, die relativ viel verdienen, keine Familie haben und/oder relativ jung und gesund sind. Sofern sie nicht selbständig oder beamtet sind und ihr Einkommen nicht oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt, sind sie Zwangszahler für die ungedeckten Kosten der GKV.

Das Argument, ein Systemwechsel hin zu einem steuerfinanzierten Solidarausgleich sei nicht finanzierbar, verkennt diesen Tatbestand. Es geht bei einem Systemwechsel nicht um die Höhe der Kosten des Solidarausgleichs, sondern ausschließlich darum, in welcher Form und von wem sie aufgebracht werden sollen.

Die einseitige Belastung der guten GKV-Risiken mit dieser Aufgabe erscheint aber weder gerecht noch effizient. Ungerecht ist sie, weil sich z.B. Beamte und Selbständige sowie ausgerechnet die Höchstverdiener unter den Angestellten nicht daran beteiligen müssen. Ineffizient ist das System, weil die enge Verknüpfung des Solidarausgleichs mit der Finanzierung der Kassen den Wettbewerb beschränkt. So kann eine GKK die guten Risiken nicht zur PKV und auch nicht zu einer anderen GKK abwandern lassen, weil sie dann ihre schlechten Risiken nicht mehr finanzieren könnte. Und die PKV kann die schlechten Risiken aus der GKV nicht aufnehmen, weil diese den Solidarausgleich nur innerhalb der GKV erhalten und daher ihre wahren Kosten außerhalb dieses Systems nicht tragen können.

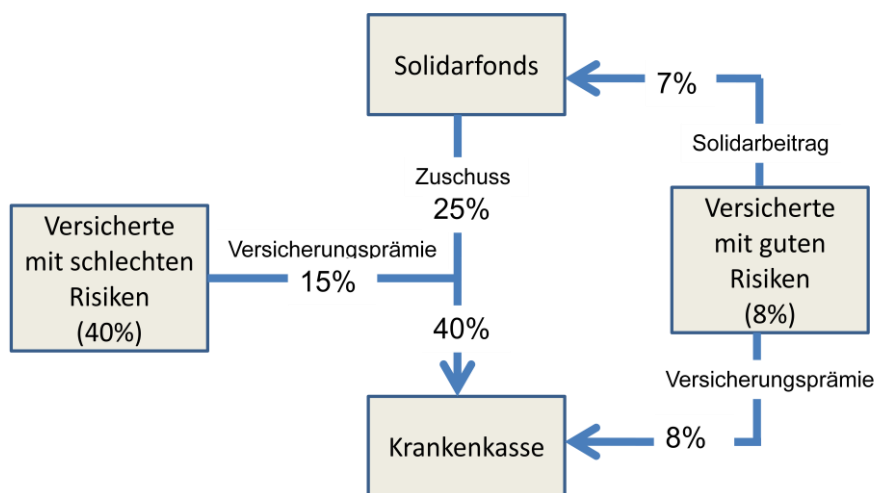
Damit liegt die Lösung des Problems im Grunde schon auf der Hand. Es muss dafür gesorgt werden, dass die schlechten GKV-Risiken ihren Solidarausgleich beim Wechsel mitnehmen können und dass umgekehrt die guten Risiken auch nach einem Wechsel in die PKV weiter an der Finanzierung des Solidarausgleichs beteiligt bleiben. Dann können sowohl in der GKV als auch in der PKV die eigentlichen Beitragszahlungen risikoäquivalent sein, und es ergeben sich zudem starke Anreize zu Kosteneffizienz und Kostenbewusstsein bei allen Beteiligten. Im Folgenden wird aufgezeigt, wie dies praktisch funktionieren kann, wobei der bereits bestehende Gesundheitsfonds eine zentrale Rolle, wenngleich in gänzlich anderer Funktion als bisher spielt.

### **Gesundheitssoli und solidarischer Gesundheitsfonds**

Im ersten Schritt müssen sowohl die GKK als auch die PKV für jeden ihrer Versicherten den risikoäquivalenten Beitrag für das Standardleistungspaket der GKV ausweisen. Für die PKV ist dies ihr tägliches Geschäft, die GKK werden hier allerdings vor eine für sie neue Aufgabe gestellt. Es ist sinnvoll, dass sie hier mit den PKV zusammenarbeiten bzw. entsprechende Allianzen bilden. Mittelfristig würden sie sich in dem hier beschriebenen Ansatz ohnehin in reine PKV umwandeln.

Im zweiten Schritt werden die Beiträge der GKV-Versicherten auf Risikoäquivalenz umgestellt. Dabei gilt jedoch, dass niemand mehr bezahlen muss als den bisherigen Beitragssatz, den wir hier einmal mit durchschnittlich 15% annehmen (vgl. die Abb. unten). Für die schlechten Risiken (deren risikoäquivalenter Beitrag über 15%, z.B. bei 40% liegen würde) ändert sich also erst einmal nichts. Die guten GKV-Risiken zahlen zwar jetzt an die Kasse nur noch ihren risikoäquivalenten Beitrag von z.B. 8%. Gleichzeitig müssen sie aber den Differenzbetrag bis zu ihrer früheren Belastung als „Gesundheitssoli“ an den Gesundheitsfonds abführen, so dass sich auch für die im Endeffekt erst einmal nichts ändert.

Der Gesundheitsfonds wiederum finanziert aus den Solidarbeiträgen der guten Risiken die Beitragslücken der schlechten Risiken, indem er den GKK den entsprechenden Differenzbetrag als Zuschuss überweist. Da die guten Risiken in der GKV auch vorher schon die schlechten Risiken mitfinanziert haben, reichen die Fondsmittel für den Solidarausgleich im Prinzip exakt aus. Tatsächlich sind sie aber nach dem hier vertretenen Ansatz sogar höher, denn auch die PKV-Versicherten werden nun in gleicher Weise in den Solidarausgleich einbezogen: Wer für das Standardpaket bisher z.B. 10% seines Einkommens als PKV-Beitrag aufgebracht hat, zahlt nun die Differenz zum GKV-Beitrag (im Beispiel also 5%) an den Gesundheitsfonds. Natürlich erhalten solche PKV-Versicherten, deren Beitragslast für das Standardpaket bisher bereits über 15% lag, ebenfalls einen entsprechenden Zuschuss aus dem Gesundheitsfonds, so dass ihre Belastung letztlich nicht höher als die der anderen Versicherten ist.



Zudem wird der Gesundheitssoli auch bei den GKV-Versicherten nicht nur vom Lohn, sondern von ihrem Gesamteinkommen berechnet. Somit kann die Gesamtbelastung aller Versicherten im Endeffekt geringer ausfallen als die bisherigen 15% vom Einkommen, wobei die früheren GKV-Versicherten gewinnen, die PKV-Versicherten dagegen im Durchschnitt belastet werden. Dies ist die logische Konsequenz der Tatsache, dass sie anders als bisher nun ebenfalls in den Solidarausgleich integriert sind.

Obwohl alle GKV-Versicherten im neuen System zunächst einmal das gleiche bezahlen wie vorher, hat sich jetzt etwas Entscheidendes geändert: Der Solidarausgleich ist nunmehr von der eigentlichen Versicherungsfunktion getrennt organisiert, echter Wettbewerb wird damit möglich. So kann es sich jetzt jede GKK problemlos leisten, auch gutverdienende und gesunde Mitglieder zu verlieren. Denn diese bringen ihr ohnehin nicht mehr ein, als es dem jeweiligen Risiko entspricht, und die schlechten Risiken werden ja jetzt vom

Gesundheitsfonds alimentiert. Der Wechsel von Versicherten verursacht damit anders als im heutigen System kein dysfunktionales Finanzierungsproblem mehr für die abgebende Kasse.

Der Wettbewerb findet in diesem System zudem nicht mehr nur um die guten Risiken, sondern um alle Versicherten statt. Er sorgt gleichzeitig dafür, dass die vom Gesundheitsfonds übernommenen Solidarkosten auf dem geringst möglichen Niveau gehalten werden. Nehmen wir beispielweise an, die risikoäquivalenten Kosten für einen Versicherten seien von seiner GKK mit einer Prämie von 40% seines Einkommens kalkuliert worden. Dann muss der Gesundheitsfonds erst einmal monatlich die Differenz zum Einheitsbeitrag, also im Beispiel 25% an die Kasse überweisen. Der Versicherte hat aber jederzeit die Möglichkeit, eine andere Kasse bzw. PKV zu suchen, die ihn für weniger als 40% versichert. Gründe für solche Kalkulationsunterschiede gibt es viele: Eine andere Einschätzung der Risiken, Einsatz von management-care-Systemen, unterschiedliche Honorierungssysteme und/oder Vertragsärzte, Einsatz von Selbstbeteiligungen des Patienten etc. Die gesamte Palette des Preis- und Leistungswettbewerbs kann hier zum Einsatz kommen, was z.B. in der Schweiz zu einem regen Wechsel der Kasse durch die Versicherten geführt hat.

Angenommen nun, der Versicherte findet in unserem Beispiel einen Anbieter, der ihn für einen Beitrag von 39% seines Einkommens (statt der bisherigen 40%) versichern würde. Dann könnte der daraus resultierende Kostenvorteil von einem Prozentpunkt beispielweise hälftig ihm selbst und dem Solidarfonds zugutekommen. Der Versicherte zahlt dann nur noch 14,5% Beitrag, und der Fonds muss nur noch 24,5% (statt wie bisher 25%) zuschießen. Diese Option gibt allen Beteiligten sinnvolle Anreize, nach kostengünstigen Lösungen zu suchen. Gleichzeitig belässt sie dem Versicherten die volle Entscheidungsfreiheit über die Annahme solcher Optionen, und sie hindert zudem die ursprüngliche Kasse des Versicherten daran, die risikoäquivalenten Beiträge zu hoch anzusetzen. Denn damit würde sie zwar erst einmal relativ viel Geld aus dem Fonds bekommen, müsste aber über kurz oder lang mit dem Weggang des Versicherten rechnen.

Als Sicherheit könnte man dem Fonds zusätzlich die Möglichkeit einräumen, anstelle des von der Kasse kalkulierten Zuschussbedarfs die tatsächlich anfallenden (über den 15%-Beitrag hinausgehenden) Kosten des betreffenden Patienten zu übernehmen. Dies bietet sich vor allem für Extremfälle wie z.B. schwere Krebserkrankungen an, die versicherungsmathematisch unkalkulierbar sind. Gleichzeitig hätte er damit auch für Normalfälle eine Art Notbremse gegen Mondkalkulationen der GKK in der Hand, solange sich der Wettbewerb um die Versicherten noch nicht richtig eingespielt hat.

## Umsetzung in der Praxis

Für die praktische Umsetzung dieses Systems sind noch einige Fragen zu klären. Was wird z.B. aus den Arbeitgeberbeiträgen zur GKV, was wird aus der Beamtenbeihilfe, und wie wird das für den Beitragssatz maßgebliche Einkommen des Versicherten festgestellt?

Was die Arbeitgeberbeiträge zur GKV betrifft, so können diese im Prinzip entfallen. Genauer gesagt sind sie als normaler Lohnbestandteil an die Arbeitnehmer auszuführen, wobei die steuerliche Behandlung dieses Vorgangs hier nicht problematisiert werden soll.

Die Beamtenbeihilfe verursacht ohnehin nur überflüssige Bürokratie und sollte auch unabhängig von dem hier vorgeschlagenen Systemwechsel abgeschafft werden. Auch hier sind die entsprechenden Finanzmittel den Beamten als Lohnbestandteil auszuführen, die dafür dann natürlich den vollen Krankenversicherungsbeitrag selbst zu tragen haben.

Dass sich Kassenbeiträge und Solidarabgaben am Gesamteinkommen der Versicherten bemessen sollen, erleichtert eher noch den Übergang in das neue System. Denn das Gesamteinkommen wird ohnehin bereits von den Finanzämtern ermittelt, eine gesonderte Feststellung durch die Krankenkassen oder den Gesundheitsfonds ist somit entbehrlich. Allerdings steht das zu versteuernde Einkommen erst nach Ablauf des betreffenden Jahres endgültig fest, bei Abgabe einer Einkommensteuererklärung sogar oft noch beträchtlich später. Hier kann man aber ebenso wie bei der Einkommensteuer mit vorläufigen Pauschalierungen auf Basis der Vorjahreswerte arbeiten, wobei analog zu EKSt-Vorauszahlungen auf begründeten Antrag davon nach unten abgewichen werden kann, um Härtefälle zu vermeiden.

Technisch würde ein entsprechender Festsetzungsbescheid vom Finanzamt an den Versicherten gehen, der auf dieser Grundlage die 15%-Prämie an seine Versicherung abzuführen hat. Damit ist für ihn der Fall erledigt. Die Versicherung wiederum führt von dieser Prämie ggfs. den Solidaranteil an den Gesundheitsfonds ab. Hat sie mit dem Versicherten eine Prämienreduktion vereinbart, zum Beispiel um 0,5 Prozentpunkte wie im Beispiel oben, so erstattet sie ihm diese zurück bzw. verrechnet sie zweckmäßigerweise sofort mit dem Beitrag. Analog verfährt sie mit dem Anteil, den der Fonds aus einer entsprechenden Prämienreduktion erhält. Das ganze System lässt sich auf diese Weise mit einem Minimum an bürokratischem Aufwand und einem Höchstmaß an Transparenz für alle Beteiligten in die Praxis umsetzen.

Zu klären ist weiterhin, was mit den versicherungsfremden Leistungen der GKV geschieht, insbesondere mit dem Familienlastenausgleich und den Versicherungskosten für Arbeitslose, Rentner und andere, nicht der Einkommensteuer unterliegende Personengruppen. Die bisher beitragslose Mitversicherung von Kindern und Ehegatten ist offenbar mit versicherungsäquivalenten Prämien unvereinbar. Ihre Beibehaltung würde zudem die Versicherten in der PKV benachteiligen und somit sowohl die angestrebte Angleichung der



Systeme als auch den Wechsel von der GKV in die PKV für Familien verhindern. Dabei kann es daher nicht bleiben.

Das wirft aber kein besonderes Problem auf, denn Versicherte mit Familie gehören im Sinne des neuen Systems eben zu den schlechten Risiken und sind dementsprechend wie oben beschrieben zu behandeln. Das bedeutet: Auch diese Versicherten zahlen maximal 15% ihres (Haushalts-)Einkommens als Versicherungsprämie, alle darüber hinausgehenden Kosten übernimmt der Gesundheitsfonds. Dies gilt unabhängig davon, ob der Haushaltsvorstand in der GKV oder in der PKV versichert ist. Bisher privat versicherte Familien mit niedrigem oder mittlerem Einkommen können also durchaus zu den Gewinnern der Systemumstellung gehören, was aber unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten nicht mehr als recht und billig ist.

Was wird mit den Gesundheitskosten für Arbeitslose und Rentner? Für Arbeitslose kann es bei der Übernahme des Beitrages durch die Bundesagentur bleiben. Ihre Behandlung vereinfacht sich durch den Systemwechsel sogar, da ein zwangsweises Ausscheiden aus der PKV nun nicht mehr nötig ist. Das gleiche gilt für die Krankenversicherung der Rentner. Für sie ändert sich insoweit wenig, als auch heute schon ihr gesamtes Einkommen (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) beitragspflichtig ist, so wie es im neuen System generell für alle Versicherten gilt.

### **Schlussbemerkungen**

Auch der hier vorgeschlagene Systemwechsel kann und soll nicht verhindern, dass die Gesundheitsausgaben in Zukunft weiter steigen werden. Dies ist unvermeidlich, weil das Durchschnittsalter der Bevölkerung steigt und weil der medizinisch-technische Fortschritt zusätzliche Kosten verursacht. Letzteres ist übrigens keineswegs eine Besonderheit des Gesundheitssektors: Auch die Kosten z.B. für Telekommunikation sind gegenüber den Zeiten, als jeder Haushalt nur ein Festnetztelefon mit Wählscheibe hatte, immens gestiegen. Hinter solchen Kostensteigerungen stehen aber letztlich neue Produkte und Verfahren, die unsere Lebensqualität gerade im Gesundheitsbereich steigern und auf die wir offensichtlich auch nicht verzichten wollen.

Gleichwohl müssen sie natürlich zum einen tendenziell so niedrig wie möglich gehalten und zum anderen auch finanziert werden. Beides wird in dem hier vorgeschlagenen System besser gewährleistet als bisher. Sofern es etwa „das ideale“ Honorierungssystem für Arztleistungen überhaupt gibt, kann es im Trial-and-Error Verfahren miteinander konkurrierender Versicherungen sicher eher gefunden werden als im Verhandlungsprozess planwirtschaftlich agierender Interessengruppen.

Für die Finanzierung steigender Durchschnittsausgaben gibt es zwei Optionen in dem hier vorgeschlagenen System:

- Zum einen kann der von den Versicherten zu zahlende Durchschnittsbetrag (von 15% im Beispiel oben) entsprechend angehoben werden, womit automatisch auch die Solidarbeiträge an den Gesundheitsfonds entsprechend steigen.
- Zum anderen kann man aber auch die Versicherungs- und Solidarbeiträge unverändert lassen, womit freilich ein Defizit im Solidarfonds entsteht, das durch Steuermittel zu decken wäre.

Aus verteilungspolitischen Gründen mag der Politik die zweite Option attraktiver erscheinen, systemgerechter wäre jedoch die erste Option. Denn eine permanente Übernahme von Kostensteigerungen aus allgemeinen Steuermitteln würde die Wettbewerbselemente des Systems immer weiter schwächen und letztlich wieder zu einem staatlichen Gesundheitssystem degenerieren lassen. Damit aber wären die entscheidenden Kostendämpfungsmechanismen des neuen Systems, nämlich der Wettbewerb der Kassen und die Suche der Versicherten nach günstigeren Alternativen, schnell wieder dahin.

#### **Zitierte Literatur**

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2004, 2005 und 2006

Richter, Wolfram (2005), Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromißvorschlag, Wirtschaftsdienst 11, 693 – 697

Wissenschaftlicher Beirat beim BMF (2005), Zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell, Stellungnahme vom 8.10.2005