

Äquivalenz, Leistungsfähigkeit und Solidarität – Konturen einer GKV-Finanzierungsreform

von Klaus Jacobs und Henner Schellschmidt*

ABSTRACT

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat sich über die Zeit faktisch von einer Arbeitnehmerversicherung zum Zwecke der Einkommenssicherung zu einer Bürger-Versorgungsversicherung gewandelt. Dies hat letztlich zu einem kontinuierlichen Bedeutungsverlust des Äquivalenzprinzips in der GKV geführt. Krankengeld als Einkommensleistung stellt insofern heute nur noch ein marginalisiertes Residuum in der GKV dar. Trotz dieses Wandels ist für die Finanzierung der GKV das Denken in Äquivalenz noch stark wirksam. Der Beitrag plädiert demgegenüber für eine klare und konsequente Orientierung an dem Prinzip der Leistungsfähigkeit und diskutiert entscheidende Stellschrauben einer so gedachten GKV-Finanzierungsreform. Behandelt werden entsprechend der Charakterwandel der GKV, der versicherte Personenkreis, die Abgrenzung zwischen GKV und PKV, die Beitragsbasis sowie die Ausgestaltung der Leistungsseite. Hieraus ergibt sich eine durchaus „radikale“ Reformperspektive eines in sich stimmigen Finanzierungskonzeptes für eine zukunftsfähige Bürger-Versorgungsversicherung nach den Kriterien der Leistungsfähigkeit.

Schlüsselworte: GKV-Finanzierungsreform, Bürger-Versorgungsversicherung, Äquivalenzprinzip, Krankengeld, Beitragsbasis

By-and-by, Germany's Social Health Insurance (SHI) has virtually changed from an insurance for employees for the purpose of income maintenance to a comprehensive social health insurance for almost everybody. This has ultimately led to a continuous loss of significance of the principle of equivalence in SHI. Insofar, sick pay as an income related benefit has deteriorated into not much more than a marginalized residuum. In spite of this development, thinking in categories of equivalence is still very much an issue in SHI financing. In contrast to that, the article advocates a clear and consequent orientation by the principle of financial strength and discusses crucial adjustments of a SHI financing reform along these lines. Accordingly, the change of character of SHI, the group of persons insured, the demarcation between SHI and private health insurance, the income base of contributions and the scope of benefits are discussed. The result is a quite „radical“ reform perspective of a coherent financing concept in order to create a sustainable social health insurance for all citizens based on the financial strength of the insured.

Keywords: SHI financing reform, comprehensive social health insurance for all citizens, principle of equivalence, sick pay, income base of contributions

1. Einleitung

Im Vorfeld der Bundestagswahl präsentieren die politischen Parteien, aber auch viele der im Gesundheitsbereich tätigen Verbände und Interessenorganisationen, eine Vielzahl von Vorschlägen für eine allgemein für erforderlich gehaltene weitere Gesundheitsreform, die schon bald nach der Wahl auf der Agenda der künftigen Bundesregierung stehen dürfte. Neben Fragen der Steuerung der Gesundheitsversorgung mit dem Ziel einer Verbesserung von

Qualität und Wirtschaftlichkeit der GKV-finanzierten Versorgungsleistungen – häufiges Stichwort in diesem Kontext: mehr Wettbewerb in den Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern – stehen dabei vielfach auch Reformen der Finanzierungsstrukturen im Blickpunkt.

Bei den vorliegenden Reformvorschlägen zur Finanzierung der GKV fällt auf, dass sie sich zumeist punktuell auf bestimmte Stellschrauben im bestehenden System beziehen – z.B. die von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt erhobene Forderung nach einer

* Dr. Klaus Jacobs und Dr. Henner Schellschmidt
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Kortrijker Str. 1, 53177 Bonn · Tel. (0228) 843-393
Fax (0228) 843-144 · E-Mail: wido@wido.bu.aok.de
Internet: www.wido.de

Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze –, aber ansonsten von weithin unveränderten zentralen Status quo-Bedingungen der GKV-Finanzierung ausgehen. Oder aber es geht – wie etwa bei den Vorschlägen einer zweckgebundenen Abgabe auf Tabak und Alkohol oder des Aufbaus einer kapitalgedeckten Demographie-reserve – um die Etablierung zusätzlicher Finanzierungsstrukturen in Ergänzung des bestehenden Finanzierungssystems.

Eine zweite Auffälligkeit in der Debatte um mögliche Finanzierungsreformen in der GKV betrifft die unterschiedlichen Zielstellungen, die explizit oder implizit mit bestimmten Reformvorschlägen verbunden werden. Da geht es einigen in kurzfristiger Perspektive um ein schlichtes „mehr Geld ins System“. Für andere steht dagegen die längerfristige Vorsorge zum Erhalt der finanziellen Stabilität der GKV im Hinblick auf erwartete Herausforderungen im Zuge demographischer und/oder medizinisch-technischer Entwicklungen im Vordergrund. Schließlich geht es aber auch um eine in allokativer wie distributiver Sicht zweckmäßig erscheinende Neuverteilung von im Gesamtvolumen zunächst konstanten Finanzierungsbelastungen.

Das Neben- und Durcheinander unterschiedlicher Zielsetzungen, die mit bestimmten, zum Teil sogar identischen Vorschlägen für Finanzierungsreformen verbunden werden, dürfte die generelle Zurückhaltung erklären, die bei einigen gesundheitspolitischen Akteuren in dieser Frage nach wie vor erkennbar ist. Gleichwohl ist beispielsweise kaum strittig, dass eine Verbreiterung der Finanzierungsbasis der GKV durch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragsbemessung – bei konstantem Ausgabenvolumen – tendenziell zu Beitragssatzsenkungen und damit zu einer Entlastung des Faktors Arbeit führt. Dass dies eine Stärkung des Solidarprinzips („Beiträge nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit“) bedeutet, ist ebenso wenig umstritten. Doch besteht die Sorge, dass bei einer Realisierung eines solchen Vorschlags den Beitragszahlern im Ergebnis – bei konstanten Beitragssätzen – mehr Geld „aus der Tasche gezogen“ und zugleich der Druck auf die Erhöhung der Versorgungseffizienz gemindert werden könnte.

Ziel dieses Beitrags ist es, einige der Reformvorschläge zur GKV-Finanzierung, die in der aktuellen Debatte häufig isoliert behandelt werden, im Rahmen einer Gesamtschau unter die Lupe zu nehmen (wobei im Blick auf den verfügbaren Raum allerdings eine Konzentration auf bestimmte Fragestellungen erforderlich ist). Auch wenn es kaum realistisch erscheint, von der Politik ein Reformkonzept „aus einem Guss“ zu erwarten, gehört es zu den Aufgaben wissenschaftlicher Analyse und Politikberatung, zentrale konzeptionelle Grundlagen der GKV-Finanzierung möglichst systematisch aufzubereiten (vgl. hierzu Klose/Schellschmidt 2001) und die oft punktuellen Reformvorschläge vor diesem Hintergrund einzuordnen und zu bewerten. Dabei erscheint es für die weitere Argumentation zunächst zweckmäßig, einen Blick auf die historische Entwicklung der GKV und ihren grundlegenden Charakterwandel zu richten.

■ 2. Veränderter Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung

Ursprünglich war die gesetzliche Krankenversicherung von ihrer Grundfunktion her eine Arbeitnehmersversicherung¹, bei der die Absicherung des krankheitsbedingten Ausfalls des Erwerbseinkommens im Mittelpunkt stand.² Damit bestand eine enge Analogie zu den anderen Sozialversicherungszweigen, deren Leistungen ebenfalls in erster Linie Einkommensersatzfunktion haben, um den bei Arbeitslosigkeit vorübergehenden bzw. bei Invalidität und Alter dauerhaften Ausfall des Erwerbseinkommens zu kompensieren. Durch den Bezug von Krankengeld wurden die von Krankheit des „Ernährers“ betroffenen Haushalte in die Lage versetzt, weiterhin Güter und Dienstleistungen des täglichen Lebens zu erwerben, darunter auch erforderliche Gesundheitsleistungen. Dabei führte das nach dem Äquivalenzprinzip gestaltete Krankengeld bei Beziehern höherer Einkommen zu entsprechend höheren Zahlungen. Das Prinzip der Äquivalenz als direktes Wertverhältnis zwischen Arbeitseinkommen und Leistungsanspruch war insofern in der Anfangszeit der GKV konstitutiv, es ist heute jedoch im Wesentlichen nur noch von historischer Bedeutung.

Im Verlauf ihrer über hundertjährigen Geschichte hat sich der Charakter der GKV gegenüber ihren Anfängen vor allem in zwei Punkten grundlegend verändert, nämlich im Hinblick auf den versicherten Personenkreis sowie hinsichtlich des GKV-finanzierten Leistungskatalogs. In der ursprünglich als reine Arbeitnehmersicherung geschaffenen GKV stellt die Gruppe der abhängig Beschäftigten mittlerweile nicht einmal mehr die Mehrheit der Versicherten. Dies lässt sich daran ablesen, dass 56,4 Prozent der insgesamt rund 70,8 Millionen GKV-Versicherten (Stand: 1.1.02) gegenüber ihrer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeldleistungen haben – sei es als Rentner (23,4 Prozent), als mitversicherte Familienangehörige (28,0 Prozent) oder z.B. als Studenten oder freiwillig versicherte Sozialhilfeempfänger. Ohne die rund 3,5 Millionen arbeitslosen GKV-Mitglieder (knapp 5,0 Prozent der Versicherten), die zwar einen formalen Krankengeldanspruch haben, diesen aber faktisch nur selten geltend machen, besteht somit nur noch für rund 39 Prozent der GKV-Versicherten Anspruch auf die vormalige „Kernleistung“ Krankengeld, der einzigen Versicherungsleistung, deren Umfang in einer direkten Äquivalenzbeziehung zu den einkommensproportionalen Beitragszahlungen steht.

Die Ausgaben für die ehemalige Kernleistung Krankengeld machen mit 7,1 Milliarden Euro (Jahr 2000) mittlerweile nur noch 5,6 Prozent der gesamten GKV-Leistungsausgaben aus. Das ist z.B. weniger, als jeweils für die zahnärztliche Behandlung (ohne Zahnersatz) aller Versicherten oder für die ambulante Arzneimittelversorgung allein der pflichtversicherten Rentner und ihrer mitversicherten Angehörigen ausgegeben wird (2000: 7,7 bzw. 10,1 Milliarden Euro). Einkommens- und beitragsäquivalente Geldleistungen sind in der GKV also auch von ihrem relativen Umfang her

längst marginalisiert im Vergleich zu den im Wesentlichen auf Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern basierenden Sach- und Dienstleistungen. Deren Inanspruchnahme durch die Versicherten erfolgt allein nach dem Kriterium des medizinischen Bedarfs. Die Qualitäts- und Effizienzsecuierung der Versorgung kann inzwischen als Kerngeschäft des Kassenhandelns gelten. Der systematische Unterschied zwischen Einkommensersatz- und Versorgungsleistungen wird auch in der Gesundheitsausgabenrechnung des Statistischen Bundesamtes deutlich. Hier wird Krankengeld nicht als Gesundheitsausgabe eingestuft, sondern separat u.a. neben der Entgeltfortzahlung der Arbeitgeber³ und den Ausgaben für Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten der Rentenversicherung als drittgrößter Block der Einkommensleistungen geführt (*Statistisches Bundesamt 2002, 19*).

An den genannten Veränderungen wird deutlich, dass die GKV ihren ursprünglichen Charakter grundlegend verändert und damit zugleich auch die vormalige Analogie zur Arbeitslosen- und Rentenversicherung längst verloren hat. Gleichwohl wird insbesondere im Bereich der GKV-Finanzierung unverändert an Kriterien der Erwerbsorientierung festgehalten. Dies kann zum einen nicht mehr in einen konsistenten Einklang mit dem veränderten Charakter der GKV als faktische Volksversicherung für den Großteil der deutschen Wohnbevölkerung gebracht werden. Zum anderen führt es im Ergebnis zu einer wirtschaftspolitisch kontraproduktiven und verteilungspolitisch fragwürdigen einseitigen Belastung von abhängig Beschäftigten mit Erwerbseinkommen unterhalb der in der GKV derzeit identischen Beitragsbemessungs- und Pflichtversicherungsgrenze sowie deren Arbeitgebern.

■ 3. Versicherter Personenkreis

Der bislang letzte Schritt der GKV-Entwicklung zu einer faktischen Volksversicherung war die Einbeziehung der geringfügig Beschäftigten in die Versicherungspflicht. Ein weiterer Schritt ist mit der Einbeziehung aller Sozialhilfeempfänger ein seit längerem unerledigter „Eigenauftrag“ des Gesetzgebers. Eine konsequente Fortsetzung und Vollendung dieses Prozesses würde die Erweiterung des Personenkreises der Versicherungspflichtigen bedeuten, im Extremfall die Einführung der Versicherungspflicht auch für Selbständige und Beamte bei gleichzeitigem Fortfall der Versicherungspflichtgrenze. Dass insbesondere die im internationalen Maßstab (mit der Ausnahme von Chile) einmalige Wahloption für „Besserverdiener“, sich nach individuellem Nutzenkalkül für oder gegen die weitere Beteiligung an der Solidargemeinschaft zu entscheiden – je nachdem, ob der erwartete Netto-Solidarnutzen im Einzelfall positiv oder negativ ausfällt –, in eklatantem Widerspruch zum Prinzip der Solidarität steht, ist seit jeher augenfällig.

Abgesehen von möglichen verfassungs- und europarechtlichen Bedenken gegen eine mögliche „Austrocknung“ des Vollversicherungsgeschäfts der PKV, stellen die im Allgemeinen für den Erhalt

der so genannten „Friedensgrenze“ zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung ins Feld geführten Argumente überwiegend ideologische Ladenhüter dar. Dies gilt sowohl für die vermeintliche Hauptfunktion der Sozialversicherung als Schutz von Bedürftigen, die angesichts der oben skizzierten Entwicklung der GKV zu einer faktischen Volksversicherung längst von der Realität überholt worden ist.⁴ Gleiches gilt für die vermeintlich produktiven Wirkungen des „Wettbewerbs zwischen den Krankenversicherungssystemen“, von dem angesichts grob verzerrter Wettbewerbsbedingungen kaum ernsthaft gesprochen werden kann. Insbesondere der Hinweis auf das Prinzip der Subsidiarität vermag zur Verteidigung der „Friedensgrenze“ letztlich wenig zu überzeugen. Denn es geht bei der individuellen Wahlmöglichkeit zur PKV keineswegs allein darum, dem – nach welchen Kriterien auch immer – als nicht schutzbedürftig eingestuften Bürger die Entscheidung über Art und Umfang seines Krankenversicherungsschutzes selbst zu überlassen, sondern ihn zugleich von jeglicher Solidarverpflichtung zu entbinden.

Dass es bei der Argumentation gegen die Vollendung einer umfassenden solidarischen Krankenversicherung für alle Bürger letztlich nicht um die praktische Umsetzung gesellschaftspolitischer Leitvorstellungen geht, sondern vor allem um – für sich betrachtet durchaus legitime – ökonomische Interessen der privaten Versicherungswirtschaft (sowie der durch den Status quo aktuell und potenziell privilegierten Bürger), wird auch bei einem Blick auf das so genannte „Zukunftsmodell“ der Vereinten Krankenversicherung deutlich (*Henke et al. 2002*). Bei diesem, gleichsam „auf der grünen Wiese“ konzipierten Modell gibt es – ebenso übrigens wie bei allen zuletzt vor allem in vielen mittel- und osteuropäischen Staaten neu etablierten Krankenversicherungssystemen – weder Unterschiede zwischen den Bürgern in Bezug auf ihre Versicherungspflicht in Abhängigkeit von der jeweiligen individuellen Schutzbedürftigkeit noch einen Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV. Stattdessen sieht dieses Modell eine generelle „Pflicht zur Grundabsicherung auf hohem Niveau“ sowie ein allgemeinverbindliches Finanzierungsmodell für alle Anbieter vor. Bei diesem „Angriff“ eines großen privaten Krankenversicherers auf den Gesamtmarkt des Kranken(voll)versicherungsgeschäfts wird aber nicht nur der zum Erhalt der Friedensgrenze sorgsam gehegte ideologische Ballast von „Subsidiarität“ und „Systemwettbewerb“ über Bord geworfen, sondern auch mit dem individuellen Wahlrecht auf Entsolidarisierung Schluss gemacht. Zwar wird in diesem Modell ein substanzieller Teil der Umverteilungsaufgaben nicht mehr innerhalb des Krankenversicherungssystems wahrgenommen, sondern über das Steuersystem organisiert.⁵ Doch bedeutet dies keineswegs, dass eine entsprechende Einkommensumverteilung künftig gänzlich unterbliebe. Es wird sogar ausdrücklich betont, dass die „Verlagerung der Umverteilung ins Steuersystem (...) außerdem den solidarischen Effekt (hätte), alle Steuerzahler in den Ausgleich einzubeziehen und nicht nur diejenigen, die sozialver-

sicherungspflichtig sind. Die Solidarität wird somit auf eine breitere Finanzierungsbasis gestellt.“ (Henke et al. 2002, 22)

Denselben Effekt der Beteiligung aller Bürger an der solidarischen Finanzierung der im Rahmen allgemeiner Krankenversicherungspflicht abgedeckten Gesundheitsversorgung könnte man auch bei einer umfassenden Ausdehnung der Versicherungspflicht erzielen. Dabei würden verbleibende Unterschiede in der jeweiligen personellen Inzidenz u.a. davon abhängen, welche Steuern – direkte oder indirekte – flankierend zum Modell der Vereinten erhöht würden, um den auf ca. 25 Milliarden Euro geschätzten zusätzlichen Umverteilungsbedarf im Steuersystem zu finanzieren. Entscheidend für eine vergleichende Analyse der Verteilungswirkungen wäre auch, welche Festlegungen im GKV-Referenzmodell z.B. hinsichtlich der Abgrenzung der beitragspflichtigen Einkommen oder der Festlegung der Beitragsbemessungsgrenze getroffen würden.

Wissenschaftliche Politikberatung hat nicht nur die Aufgabe, in sich schlüssige Reformkonzeptionen zu entwickeln, sondern muss auch deren Umsetzungsmöglichkeiten beachten. Dabei müssen die politischen Realisierungschancen für die Einführung einer alle Bürger umfassenden einheitlichen Krankenversicherungspflicht in einer reformierten GKV⁶ zunächst eher skeptisch eingeschätzt werden. Zwar werden immer wieder umfassende Reformkonzepte eingefordert, doch liegen die Hürden für ihre Realisierung im politischen Tagesgeschäft stets extrem hoch. So erscheint zum Beispiel offen, ob an dem bisherigen Tabu der nicht zuletzt auch von den GKV-Versicherten über ihre Steuern mitfinanzierten Beihilferegulungen für Beamte überhaupt ernsthaft gerüttelt werden darf. Nicht zuletzt hierin liegt aber ein wesentlicher Stützpfeiler für den Fortbestand der PKV als Krankenvollversicherung.

Mit dieser eher skeptischen Einschätzung der kurzfristigen politischen Realisierungschancen braucht die Idee, alle Bürger in die Solidarverpflichtung einzubeziehen, allerdings auch in pragmatischer Sicht keineswegs vorzeitig ad acta gelegt zu werden. Wenn zunächst unbedingt am Fortbestand einer „Friedensgrenze“ zwischen GKV und PKV festgehalten werden soll, muss dies nicht zwangsläufig bedeuten, dass die freie Wahl des privilegierten Kreises der Wahlberechtigten zwischen zwei unterschiedlichen Krankenversicherungssystemen auch zugleich mit der Wahloption zwischen Beteiligung und Nicht-Beteiligung am Solidarausgleich zusammenfällt. Zumindest am Einkommensausgleich könnten die PKV-Versicherten (nicht: die PKV-Unternehmen) künftig beteiligt werden – und davon im Einzelfall ggf. durchaus auch selbst profitieren. Technisch wäre dies im Rahmen des Finanzkraftausgleichs des Risikostrukturausgleichs realisierbar. Einer Mitte der 90er Jahre durchgeführten Untersuchung zufolge hätte sich für die GKV – auf der Grundlage von Daten aus dem Jahr 1994 – eine mittlere Beitragssatzentlastung von gut 0,5 Beitragspunkten und für die PKV-Versicherten eine durchschnittliche jährliche Zusatzbelastung von rund 1.000 Mark ergeben (vgl. Bohm et al. 1996, 56).⁷

■ 4. Finanzierungsbasis

Neben der Abgrenzung des an der solidarischen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes zu beteiligenden Personenkreises gilt es in Bezug auf mögliche Reformen der GKV-Finanzierung auch die Frage zu klären, wie die solidarische Finanzierung in Zukunft konkret ausgestaltet werden soll. In finanzierungstechnischer Sicht berührt diese Frage mindestens drei „Stellschrauben“ im aktuellen Finanzierungssystem: die Definition der relevanten Beitragsbasis, die Beitragsbemessungsgrenze sowie die beitragsfreie Familienmitversicherung. Im Folgenden soll insbesondere auf die Abgrenzung der Beitragsgrundlagen näher eingegangen werden, ohne damit allerdings eine inhaltliche Priorisierung zugunsten eines entsprechenden Reformansatzes zu verbinden. Bei einem für die Zukunft tragfähigen Gesamtkonzept kann es in Bezug auf einzelne Reformansätze ohnehin nur um ein abgestimmtes und insgesamt konsistentes Paket an Maßnahmen gehen.

Auf einen kurzen Nenner gebracht, wird das Solidarprinzip der GKV gewöhnlich durch die Formel „Beiträge nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit, Leistungen nach dem medizinischen Bedarf“ beschrieben. Diese Formel macht deutlich, dass zumindest in Bezug auf die GKV-finanzierten Versorgungsleistungen (im Unterschied zur Geldleistung Krankengeld) keine direkte Leistungs-Gegenleistungs-Beziehung besteht. Anspruch auf Leistungen der Solidargemeinschaft zur Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit haben unterschiedslos alle GKV-Versicherten unter Berücksichtigung der Vorgaben des SGB V (§§ 2, 11, 12 und 70). Wer selbst keinen eigenen Beitrag entrichtet, hat deshalb keinen wie auch immer gearteten Minder-Anspruch, wer den Höchstbeitrag zahlt, keinerlei hieraus abgeleiteten Mehr-Anspruch.⁸

Der in Bezug auf Versorgungsleistungen fehlende Äquivalenzbezug in der GKV bedeutet im Ergebnis, dass es sich beim Krankenversicherungsbeitrag faktisch um eine zweckgebundene Steuer handelt. Damit gibt es aber auch keine systematische Begründung für die bestehenden Beschränkungen bei der aktuellen Definition von ökonomischer Leistungsfähigkeit als Grundlage zur Bestimmung des individuellen Solidarbeitrags. Dies gilt in jedem Fall für die aktuelle Beschränkung der Beitragsbasis auf Erwerbs- und Erwerbsersatzesinkommen. Wenn sich die ökonomische Leistungsfähigkeit von immer mehr Menschen zu einem immer größeren Teil über Einkommensquellen definiert, die in keinem direkten Zusammenhang mit der Erwerbsarbeit stehen, erscheint ihre weitere Nicht-Berücksichtigung bei der Beitragsbemessung mit dem Prinzip der solidarischen Finanzierung in der GKV immer schwerer in Einklang zu bringen. Die regressiven Belastungswirkungen des jetzigen GKV-Finanzierungssystems würden in einer vergleichbaren Diskussion über das Steuersystem kaum Bestand haben können. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass bereits heute die ökonomische Leistungsfähigkeit in bestimmten Sachzusammen-

hängen der GKV schon sehr viel umfassender definiert wird. So werden z.B. selbst nicht pflicht- oder freiwillig versicherte Familienangehörige nur dann beitragsfrei mitversichert, wenn sie „kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet“ (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V). Von bestimmten Zuzahlungen vollständig befreit sind Versicherte, deren „monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt (...) 40 v.H. der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV nicht überschreiten“, wobei hierzu „auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners“ gehören (§ 61 SGB V). Es fällt schwer nachzuvollziehen, warum sich die Beurteilung der ökonomischen Leistungsfähigkeit im Kontext der Familienmitversicherung bzw. Zuzahlungsbefreiung am Gesamteinkommen orientiert – beim zweiten Beispiel sogar am gesamten Haushaltseinkommen –, nicht aber bei der Bemessung der Beitragszahlungen zur solidarischen Krankenversicherung.

Bei dem Vorschlag, andere Einkommensarten in die Beitragsbemessung der GKV einzubeziehen, geht es nicht um mehr Geld, sondern um mehr Gerechtigkeit. Bei konstantem Ausgabenvolumen bedeutet die Verbreiterung der Finanzierungsbasis tendenziell sinkende Beitragssätze und aufgrund der damit verbundenen Minderung der Lohnnebenkosten eine Entlastung des Faktors Arbeit – also eine auch in allokativer Sicht im Hinblick auf den Arbeitsmarkt erwünschte Wirkung. Die Kritik, die an diesem Vorschlag geäußert wird, hat verschiedene Facetten. So wird u.a. auf die beträchtlichen Probleme bei der praktischen Umsetzung des Vorschlags verwiesen. Zwar sind diese keineswegs von der Hand zu weisen. Doch wird letztlich auch bei der Einkommensbesteuerung aus der Tatsache, dass die Lohnsteuer im direkten Quellenabzug beim Arbeitgeber deutlich zeitnäher und vollständiger erhoben werden kann als Steuern auf Einkünfte aus selbständiger Arbeit, Vermietungen, Vermögen usw. nicht der Schluss gezogen, es bei der Besteuerung von Einkünften aus abhängiger Beschäftigung bewenden zu lassen. Dass die GKV einmal als reine Arbeitnehmersicherung entstanden ist, kann letztlich keine hinreichende Begründung dafür sein, die derzeitige Form des Beitragsinzugs auch für alle Zukunft beizubehalten.⁹

Weitere Kritikpunkte an einer Einbeziehung anderer Einkommensarten in die Beitragsbemessung betreffen diesen Vorschlag in Wirklichkeit nur vordergründig. Wenn etwa vorgetragen wird – u.a. von Ulla Schmidt und Horst Seehofer –, dass bei der Realisierung dieses Vorschlags Bezieher kleiner und mittlerer Einkommen unverhältnismäßig stark belastet würden, hat dies zunächst nichts mit der Frage zu tun, welche Einkommensarten bei der Beitragsbemessung berücksichtigt werden, sondern ist vielmehr der Existenz der Beitragsbemessungsgrenze zuzuschreiben. So wird eine tarifvertragliche Einkommenserhöhung bei Einkommensbeziehern unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze ebenfalls voll beitragsatzwirksam, bei den hohen Einkommen jenseits der Grenze aber

nicht. Was Ulla Schmidt und Horst Seehofer als unverhältnismäßig bzw. ungerecht empfinden, ist somit direkte Folge der regressiven Verteilungswirkung der Beitragsbemessungsgrenze und wäre entsprechend durch deren An- bzw. Aufhebung zu korrigieren. Außerdem übersehen sie, dass eine Verbreiterung der Finanzierungsbasis bei konstantem Ausgabenvolumen tendenziell zu sinkenden Beitragssätzen führt, wovon gerade Bezieher kleinerer und mittlerer Einkommen besonders profitieren würden.

Schließlich wird auch darauf hingewiesen, dass die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragsbemessung bei Fortbestand der geltenden Grenzen vom Ergebnis her wenig bringt (*Winkelhake/John 1999*). Dies kann angesichts der extremen Schiefe der Vermögensverteilung in Deutschland kaum überraschen. Hierzu ist anzumerken, dass der Vorschlag zunächst darauf abzielt, den grundlegenden Charakterwandel der GKV von einer Arbeitnehmer-Einkommensausfallversicherung zu einer Bürger-Versorgungsversicherung auf der Finanzierungsseite nachzuvollziehen. Zudem handelt es sich bei der Abnahme der relativen Bedeutung von Einkünften aus abhängiger Beschäftigung bzw. der Zunahme der Bedeutung anderer Einkommensarten um einen Trend, der keineswegs bereits sein Ende erreicht haben dürfte. Schließlich darf der Vorschlag aber auch nicht isoliert betrachtet werden, sondern gehört in den Gesamtzusammenhang eines umfassenden Reformkonzeptes, bei dem neben der oben bereits behandelten Frage der Abgrenzung des Personenkreises auch die derzeitigen Regelungen zur Beitragsbemessungsgrenze und zur beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen (zumindest bei Ehepartnern) gleichfalls und möglichst gleichzeitig einer Reform unterzogen würden.¹⁰ Eine solche umfassende Reform kann umso eher gelingen, je konsequenter mit bestimmten Fiktionen aufgeräumt wird, die mit der GKV von heute schon lange nichts mehr zu tun haben und zu einem ernsthaften Störfaktor für eine leistungsfähige GKV von morgen zu werden drohen. Dazu zählt neben der überholten Erwerbsorientierung maßgeblicher Organisations- und Finanzierungsstrukturen – einschließlich des Arbeitgeberbeitrags, über dessen Rolle in einer vom Erwerbsbezug vollständig befreiten GKV ebenfalls nachgedacht werden muss – vor allem auch das Aufrechterhalten der Äquivalenzfiktion.¹¹

■ 5. Leistungskatalog

Die dritte zentrale Dimension einer umfassenden Betrachtung der Finanzierungsmodalitäten in der GKV betrifft neben der Abgrenzung des Personenkreises („Wer?“) und der Modalitäten der solidarischen Finanzierung („Wie?“) die Bestimmung des solidarisch finanzierten Leistungskatalogs („Was?“). Zu dieser Frage wird durch die vor allem in der Politik an prominenter Stelle geführte Debatte um Grund- und Wahlleistungen teilweise mehr Verwirrung als Aufklärung geleistet. Für die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft – so beginnt im Übrigen das Sozialgesetzbuch

V in § 1 Abs. 1 – ist zunächst ausschließlich von Bedeutung, welche Leistungen solidarisch finanziert werden.¹² Ob diese Leistungen Grundleistungen genannt werden und was mit anderen Leistungen außerhalb des solidarisch finanzierten Leistungskatalogs – unter welcher Bezeichnung auch immer – geschieht, ist dagegen bestenfalls zweitrangig.¹³

In Wirklichkeit geht es bei der Debatte um Grund- und Zusatzleistungen um die Frage, welche Leistungen solidarisch finanziert werden sollen und welche nicht. Im Grundsatz ist die Aufgabe, den solidarisch finanzierten GKV-Leistungskatalog zu definieren und dabei immer wieder aufs Neue zu überprüfen, so alt wie die GKV selbst. Neu ist bestenfalls, dass insbesondere unter dem Eindruck steigender Beitragssätze vermehrt in der Richtung Leistungsausgrenzung nachgedacht wird, während die Geschichte der GKV jahrzehntelang vor allem durch Ausweitungen des Leistungskatalogs gekennzeichnet war. Wie gering jedoch letztlich die Erfolgsaussichten sein dürften, zu einer substanziellen „Entschlackung“ des Katalogs solidarisch finanzierter GKV-Leistungen zu kommen, mag bereits der Sachverhalt belegen, dass es bis heute nicht einmal gelungen ist, die seit langem weithin übereinstimmend als versicherungsfremd eingestuften Leistungen der GKV – z.B. solche im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft – aus der Beitragsfinanzierung der GKV herauszulösen. Bei anderen vielfach diskutierten Leistungen – z.B. Kuren oder Fahrkosten – kommt hinzu, dass sie zum einen vom Ausgabenvolumen her eher von marginaler Bedeutung sind und zum anderen – z.B. im Rahmen einer privaten Zusatzversicherung – überhaupt nicht versicherbar sind.¹⁴ Eindringlich gewarnt werden muss in diesem Zusammenhang davor, das Instrument von kassenindividuellen Satzungsleistungen weiter auszubauen (vgl. z.B. Wille 2001), weil diese nicht im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden und mit ihrem Ausbau die Tür für zugleich wettbewerbs- wie solidaritätsträchtige Risikoselektion geöffnet würde (vgl. Jacobs et al. 2002, 142 ff.). Vorschläge zu verpflichtenden Satzungsleistungsregelungen – wie aktuell z.B. für die Mutter-Kind-Kuren vorgesehen – entbehren darüber hinaus jeglicher systematischen Verortung: Entweder zählen Leistungen zum solidarisch finanzierten Leistungskatalog der GKV (und werden entsprechend im Risikostrukturausgleich berücksichtigt) oder nicht.

Reformansätze, die in Bezug auf die Abgrenzung der solidarisch finanzierten GKV-Leistungen Ziel führender sind, nehmen ihren Ausgang von einer funktionalen Sicht. Hierzu zählt insbesondere der Vorschlag, die Krankengeldversicherung aus der GKV auszugliedern und in ein eigenständiges Sicherungssystem zu überführen. Dies würde wie oben erläutert auf der Leistungsseite dem grundlegenden Charakterwechsel der GKV zu einer Bürger-Versorgungsversicherung entsprechen, in der die ursprüngliche Kernleistung Krankengeld in systematischer Sicht mittlerweile zu einem Fremdkörper geworden ist. Damit wäre zugleich eine weitere Grundlage dafür geschaffen, die derzeitige Fixierung der GKV auf

die Erwerbseinkommen von Arbeitnehmern aufzuheben, weil der Äquivalenzgedanke sein letztes Residuum in der GKV verlöre. Für eine Ausgliederung des Krankengelds aus der GKV gibt es sowohl Vorschläge für Deutschland (Bohm et al. 1996, Pimpertz 2002) als auch mit den Niederlanden ein internationales Beispiel zur möglichen Orientierung (Grefß 2000, Klose/Schellschmidt 2001, 190ff).¹⁵

■ 6. Ausblick

Es mag überraschen, dass in einem Beitrag zur künftigen Ausgestaltung der GKV-Finanzierung einmal mehr die herkömmlichen Dimensionen einbezogener Personenkreis, Ausgestaltung der Mitteleaufbringung sowie Leistungskatalog betrachtet werden, aber nicht gesondert auf die Frage der demographischen Entwicklung eingegangen wird. Dies sollte nicht so interpretiert werden, als könnten die Probleme, die aus der demographischen Entwicklung heraus sowohl für die Einnahmen- wie für die Ausgabenseite der GKV resultieren, vernachlässigt werden. Vorliegende Untersuchungen, die weitgehend übereinstimmend auf die Notwendigkeit merklicher Beitragssatzerhöhungen etwa ab 2010 verweisen, um die demographisch bedingt wachsende Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben in der GKV zu schließen, sind allerdings allesamt Status quo-Projektionen. Das heißt, sie unterstellen einen unveränderten Fortbestand der zentralen Rahmenbedingungen für die maßgeblichen Determinanten auf der Einnahmen- und Ausgabenseite und blenden Anpassungsreaktionen aller Systembeteiligten aus. Diese Projektionen sind einerseits ausgesprochen wichtig, weil sie den dringenden Reformbedarf unterstreichen, der neben den hier betrachteten Finanzierungsfragen in besonderer Weise hinsichtlich der Steuerungsstrukturen der GKV besteht. Sie dürfen andererseits aber auch nicht überinterpretiert und als realitätsnahe Prognosen eingestuft werden.¹⁶

Wenn es gelingt, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung nachhaltig zu verbessern, und zwar insbesondere indem das entsprechende Selbststeuerungspotenzial der GKV deutlich erhöht wird, und wenn ferner rechtzeitig dafür Sorge getragen wird, dass die Grundlagen der solidarischen Finanzierung system- und verteilungsgerecht geordnet werden, hat die GKV durchaus gute Chancen, die bevorstehenden Herausforderungen zu bewältigen. Die vorliegenden Beitragssatzprojektionen (zuletzt u.a. Breyer/Ulrich 2000, Fetzer et al. 2001, Hof 2001) machen insbesondere deutlich, dass die bevorstehenden Herausforderungen nicht vorrangig durch die isolierte demographische Entwicklung als solche hervorgerufen werden. Dynamik droht vor allem durch die Verbindung von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt, also der Entwicklung neuer Versorgungsleistungen und Behandlungsmöglichkeiten und deren Inanspruchnahme durch die Versicherten. Um diese zu steuern, ist aber nicht in erster Linie der Aufbau eines Kapitalstocks vonnöten, sondern insbe-

sondere der Einsatz von Methoden der Technologiebewertung sowie ein wirksames vertragspolitisches Instrumentarium auf einzelwirtschaftlicher Akteurebene. Die in diesem Beitrag behandelte Reformperspektive eines in sich stimmigen Finanzierungskonzepts für eine zukunftsfähige Bürger-Versorgungsversicherung GKV stellt dazu eine wesentliche flankierende Maßnahme dar. ■

Fußnoten

- 1 Von einer weiteren Differenzierung nach Arbeitern und Angestellten kann hier abgesehen werden, obwohl diese Unterscheidung bis in die jüngste Vergangenheit der GKV von erheblicher Bedeutung war, wie sich noch heute an einigen Kassen- bzw. Verbändenamen ablesen lässt.
 - 2 Zur geschichtlichen Entwicklung der GKV siehe u.a. *Frank 1994, Arnold 1995*. Grundsätzlich zum Charakterwandel und zur Bewertung der Umverteilungswirkungen der GKV-Finanzierung siehe auch *Wenzel 1999*. Vgl. auch *Klose/Schellschmidt 2001, 70ff*. Im Jahr 1885 betrug der Anteil der Sachleistungen an den Gesamtleistungen nur 45 Prozent. Zu der Zeit waren 10,3 Prozent der Bevölkerung GKV-versichert. 10,0 Prozent der Bevölkerung waren selbst GKV-Mitglied. Im Jahr 1924/25 waren nach wie vor nur 50 Prozent der Gesamtleistungen Sachleistungen. Zu der Zeit waren 51,3 Prozent der Bevölkerung GKV-versichert, allerdings nur 30,6 Prozent als Mitglied. Im Jahr 1995 betrug der Anteil der Sachleistungen an den Gesamtleistungen 92,0 Prozent, 88,4 Prozent der Bevölkerung waren GKV-versichert, 62,0 Prozent als Mitglied (vgl. *Wenzel 1999, 72*).
 - 3 Die Einführung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall im Jahr 1969 war insofern ein weiterer entscheidender Schritt für die geschilderte Marginalisierung des Krankengeldes als GKV-Leistung. Während der Anteil der Sachleistungen an den GKV-Gesamtleistungen im Jahr 1960 noch bei 70 Prozent lag, betrug er im Jahr 1970 schon 89,7 Prozent (vgl. *Wenzel 1999, 72*).
 - 4 Dabei sollte beachtet werden, dass die Entwicklung der GKV zur Volksversicherung kein historischer Betriebsunfall oder irgendeine unbeabsichtigte Nebenwirkung war, sondern das Ergebnis bewusster politischer Entscheidungen, die i.d.R. von einem breiten gesellschaftlichen Konsens getragen wurden.
 - 5 Dass Versicherte von der Geburt bis zum 21. Lebensjahr im Modell der Vereinten generell beitragsfrei mitversichert sein sollen und für Männer und Frauen keine Beitragsunterschiede vorgesehen sind, bedeutet natürlich, dass keineswegs alle Umverteilungsaufgaben „in das Steuer- und Transfersystem verlegt werden, wo sie aus ordnungspolitischer Sicht hingehören“ (*Henke et al. 2002, 22*).
 - 6 Letztlich weist auch das Modell der Vereinten mit den Gestaltungselementen Versicherungspflicht, vertragsbasierte Managed-Care-Strukturen sowie Risikostrukturausgleich zur Sicherung eines funktionalen Wettbewerbs weit reichende Gemeinsamkeiten mit einer reformierten GKV auf. Neben der Verlagerung eines Teils der Umverteilungsaufgaben aus dem Krankenversicherungssystem in das Steuersystem unterscheidet es sich von der GKV vor allem darin, dass es nicht auf dem Umlage-, sondern dem Kapitaldeckungsverfahren basiert. Aus Sicht der privaten Versicherungswirtschaft ist dieser Unterschied letztlich der entscheidende Punkt, im Hinblick auf die demographiebedingten Finanzierungsrisiken der GKV jedoch deutlich weniger bedeutsam, als von inter-
- essierter Seite, aber auch von Wissenschaftlern, die gesundheitspolitischen und -ökonomischen Erkenntnissen eher fern stehen, oft dargestellt wird; siehe hierzu auch Abschnitt 6.
 - 7 Vonseiten der PKV wird gelegentlich darauf verwiesen, dass ihre Versicherten bereits insoweit direkte Solidarität mit den GKV-Versicherten übten, als sie z.B. in der ambulanten ärztlichen Versorgung höhere Leistungsvergütungen entrichteten. Auch wenn dies aus PKV-Sicht zunehmend als ärgerlich empfunden wird – zumal wenn die Mehrausgaben auf der Grundlage einer amtlichen Gebührenordnung erfolgen und in soweit nicht direkt beeinflussbar sind –, lässt sich dieser Sachverhalt noch längst nicht als Ausdruck von gestalteter Solidarität interpretieren, der für irgendwelche „Solidar-Saldierungen“ herangezogen werden könnte.
 - 8 Vielmehr gilt faktisch sogar umgekehrt, dass für einkommensschwache Versicherte insoweit „Mehr-Ansprüche“ bestehen, als sie bei der Leistungsanspruchnahme teilweise von bestimmten Zuzahlungen ausgenommen sind. Die damit verbundenen Mehrausgaben der Krankenkassen können insoweit systematisch auch als versicherungsfremde Leistungen eingestuft werden, deren Finanzierung aus allgemeinen Steuermitteln – analog zur Sozialhilfe oder zum Wohngeld – sachgerecht wäre (vgl. *Jacobs et al. 2002, 182; Klose/Schellschmidt 2001, 16f*).
 - 9 Vgl. hierzu auch den Beitrag *Wille 2002* in diesem Heft.
 - 10 Vgl. hierzu ebenfalls den Beitrag von *Wille 2002* in diesem Heft.
 - 11 So wird z.B. gegen eine Anhebung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze angeführt, dass sich die GKV noch weiter von einer äquivalenten Belastung der Versicherten entfernen würde (vgl. *Reformkommission Soziale Marktwirtschaft 1999, 16*), als wenn dieses ein relevantes Beurteilungskriterium für die Funktionalität einer sozialen Krankenversicherung wäre. Auch die Aussage, dass „eine solidarische (Zwangs)versicherung eine Beitragsbemessungsgrenze erfordert, um den solidarischen Ausgleich zu begrenzen, um den Beitrag nicht zu einer Steuer werden zu lassen“ (*Glaeske et al. 2001, 24*), entspricht einer Fehleinschätzung des gewandelten Charakters der GKV.
 - 12 Bedeutsam ist dabei natürlich die Frage, durch wen und nach welchen Kriterien diese Festlegung künftig erfolgt und welche Rolle die staatliche Legislative und Exekutive bzw. die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern dabei in Zukunft spielen sollen.
 - 13 So besteht z.B. aus Sicht der GKV-Versicherten ein Interesse, dass ihnen die Krankenkassen auch Zusatzversicherungen für Leistungen außerhalb des GKV-Leistungskatalogs anbieten können (vgl. z.B. *Zok 2002*). Dieses Angebot könnte durchaus in einer gezielten Vermittlung privater Zusatzversicherungen durch die GKV bestehen.
 - 14 Ein typisches Beispiel hierfür wären die Mutter-Kind-Kuren, die bei ernsthafter Betrachtung als Gegenstand einer freiwilligen Zusatzversicherung ausscheiden müssen, weil wesentliche Eigenschaften eines Versicherungsgutes hier nicht erfüllt werden.
 - 15 Entscheidend für einen solchen Schritt ist die Beachtung veränderter Anreize für die Einstellung vulnerabler Beschäftigtengruppen durch eine von den Arbeitgebern zu finanzierende Krankengeldversicherung. Hier gibt das Beispiel Niederlande Hinweise auf mögliche ungewollte Effekte und entsprechende Regulierungsanforderungen. Eine allein über die

Arbeitgeber laufende Absicherung der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit über die geltende Entgeltfortzahlung hinaus würde zum einen das Interesse der Arbeitgeber insbesondere an der Vermeidung von Langzeiterkrankungen der Beschäftigten steigern. Zum anderen würde sich jedoch das Interesse der Arbeitgeber an der Risikoselektion bei der Akquise von Arbeitskräften (z.B. durch verschärfte Einstellungsuntersuchungen) deutlich erhöhen (vgl. *Klose/Schellschmidt 2001, 195f*). Dies würde tendenziell zu einer Verschlechterung der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungschancen derjenigen Menschen führen, die ein erkennbar höheres Erkrankungsrisiko haben. Aufgrund der Regelungen zur Entgeltfortzahlung (vgl. zur aktuellen Diskussion *Alewell/Nell 2000*) besteht allerdings schon heute ein Anreiz zur Risikoselektion am Arbeitsmarkt, der weiter verstärkt würde. Langzeiterkrankungen sind aufgrund ihres hohen Anteils an den AU-Tagen ein erheblicher Kostenfaktor gegenüber den Fällen, die unter die Regelung der Entgeltfortzahlung fallen (vgl. *Küsgens et al. 2002, 269f*).

16 Vgl. zu Wesen und Stellenwert langfristiger Beitragssatzprojektionen z.B. *SVRKAiG 1996, Tz. 47ff*.

Literatur

Alewell D/Nell M (2000): Die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall als gesetzliche Sozialleistung; in: *Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik*; 145-171.

Arnold M (1995): *Solidarität 2000*, Tübingen.

Bohm S/Jacobs K/Reschke P (1996): Notwendigkeit und Möglichkeiten eines Umbaus der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung; Graue Reihe Bd. 111, Hans Böckler Stiftung, Düsseldorf.

Breyer F/Ulrich V (2000): Demographischer Wandel, medizinischer Fortschritt und der Anstieg der Gesundheitsausgaben; in: *DIW-Wochenbericht* Nr. 24.

Fetzer S/Moog S/Raffelhüschchen B (2001): Zur Nachhaltigkeit der Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung, Diskussionspapier 99/01 des Instituts für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau.

Frank A (1994): Die geschichtliche Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, München.

Glaeske G/Lauterbach KW/Rürup B/Wasem J (2001): Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik. Gesprächskreis Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

Greß S (2000): Der Nachbar als Herausforderung? – Zur Vorbildfunktion des niederländischen Modells; ZeS-Arbeitspapier 1/2000 des Zentrums für Sozialpolitik der Universität, Bremen.

Henke KD/Johannßen W/Neubauer G/Rumm U/Wasem J (2002): Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland, hrsg. von der Vereinten Krankenversicherung AG, München.

Hof B (2001): Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, PKV-Dokumentation 24, Köln.

Jacobs K/Reschke P/Cassel D/Wasem J (2002): Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung; Schriftenreihe des Bundesgesundheitsministeriums für Gesundheit, Band 140; Baden-Baden (erscheint in Kürze).

Klose J/Schellschmidt H (2001): Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung; *WlDO-Materialien* Bd. 45, Bonn.

Küsgens I/Vetter C/Yoldas B (2002): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft; in: *Badura B/Litsch M/Vetter C (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2001*, 257-461.

Pimpertz J (2002): Leitlinien zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung; Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik des Instituts der Deutschen Wirtschaft, Bd. 271; Köln.

Reformkommission Soziale Marktwirtschaft (1999): Effiziente Krankenversicherung als Voraussetzung für ein hohes Leistungsniveau im Gesundheitswesen, Gütersloh.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (1996): Gesundheitswesen in Deutschland: Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band 1: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Baden-Baden.

Statistisches Bundesamt (2002): *Gesundheit: Ausgaben 1992 bis 2000* (Presseexemplar); Wiesbaden.

Wenzel D (1999): Finanzierung des Gesundheitswesens und interpersonelle Umverteilung; Frankfurt/M..

Wille E (2001): Basis- und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung; Arbeitsbericht Nr. 199, Akademie für Technologiefolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Stuttgart.

Wille E (2002): Reformoptionen der Beitragssatzgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung; in: *GGW 3/2002*, 7-14.

Winkelhake O/John J (1999): Gutverdiener kommen in der Krankenversicherung gut weg; in: *Gesundheit und Gesellschaft*, Heft 6, 46-47.

Zok K (2002): Repräsentativbefragung: Bei den Versicherten wächst die Skepsis; in: *Gesundheit und Gesellschaft*, Heft 7-8/2002, 36-38.

DIE AUTOREN



Dr. rer. pol. Klaus Jacobs (Jg. 1957), *Dipl.-Volkswirt*, seit März 2002 als Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WlDO) u.a. verantwortlich für den Aufbau des neuen Forschungsbereichs „Gesundheitspolitik und Systemanalysen“; vorher 14 Jahre Gesundheitsökonom im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (GES), Berlin; Arbeitsschwerpunkte: Organisation und Finanzierung der Gesundheitsversorgung auf gesamt- und einzelwirtschaftlicher Ebene; Mitautor des RSA-Gutachtens im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.



Dr. rer. pol. Henner Schellschmidt (Jg. 1962), *Dipl.-Volkswirt*; Forschungsbereichsleiter Krankenhaus/ Betriebliche Gesundheitsförderung im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WlDO), Bonn; Mitherausgeber des *Krankenhaus-Reports*. Arbeitsschwerpunkte: Krankenhausthemen, speziell DRGs, Gesundheitssystemfragen. Studium in Kiel und Köln, Wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Universitäten in Köln und Bielefeld, Wissenschaftlicher Geschäftsführer des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Public Health, seit 1999 Wissenschaftlicher Mitarbeiter im WlDO.