

Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung durch Kopfbeiträge aus verfassungsökonomischer Sicht

Von Mathias Kifmann*

Zusammenfassung: Dieser Beitrag untersucht aus verfassungsökonomischer Sicht den Reformvorschlag, die Gesetzliche Krankenversicherung durch Kopfbeiträge zu finanzieren. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die Bürger im Verfassungszustand einem nicht versicherbaren Prämienrisiko gegenübersehen. Das Niveau des öffentlichen Gesundheitswesens wird im demokratischen Entscheidungsprozess festgelegt. Ein Vergleich des politischen Gleichgewichts bei einer Finanzierung durch Kopfbeiträge und bei einer einkommensabhängigen Finanzierung zeigt, dass eine Verbindung von Einkommensumverteilung und der Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken im Verfassungszustand von allen Bürgern vorgezogen werden kann. Bei einer Einführung von Kopfbeiträgen ist deshalb darauf zu achten, dass die Einkommensumverteilung und die Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken nicht vollständig entkoppelt werden.

Summary: This paper examines from a constitutional perspective the consequences of switching from income-based contributions to flat fees in the German public health insurance system. At the constitutional stage it is assumed that insurance against changes in risk-based health insurance premiums due to a deterioration of the health status is not available. The level of public health insurance is determined by majority voting. The political equilibria under a flat fee and under income-based contributions are compared. It is argued that tying together income redistribution and redistribution between the healthy and the sick can be preferred by all citizens at the constitutional stage. If flat fees are introduced, it may therefore be important to avoid a complete separation of income redistribution and redistribution between the healthy and the sick.

1 Einleitung

In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland werden die Beiträge als fester Anteil des Einkommens aus nichtselbständiger Arbeit erhoben. Neben der Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken findet somit ein Ausgleich zwischen Arm und Reich statt. In jüngster Zeit haben mehrere Autoren dafür plädiert, diese Einkommensumverteilung aus der GKV auszugliedern und stattdessen Kopfbeiträge einzuführen.¹ Der Einkommensausgleich solle dann über das Steuer- und Transfersystem erfolgen. Die Befürworter dieser Maßnahme verweisen dabei vor allem auf zwei mögliche Arten von Effizienzgewinnen:²

* Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universität Konstanz, E-Mail: Mathias.Kifmann@uni-konstanz.de. Ich danke Friedrich Breyer und Normann Lorenz für wertvolle Hinweise und Anregungen.

¹ Vgl. z. B. Breyer und Haufler (2000), Buchholz et al. (2000), DIW und IGES (2001), Henke (2001) sowie Knappe und Hörter (2001).

² Ein weiterer Aspekt dieses Vorschlags ist, dass auch Beamte und Selbständige sowie Bezieher von Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze in den Solidarausgleich mit einbezogen würden. Bei einer Ausgliederung der Einkommensumverteilung würde dies zunächst nur für den Einkommensausgleich gelten. Würde zudem, wie z. B. von Buchholz et al. (2001) und Henke (2001) gefordert, die Unterscheidung zwischen GKV und PKV aufgehoben, dann wäre das Solidarprinzip auch bezüglich des Gesundheitszustands verwirklicht. Allerdings ließe sich dieses Ziel auch durch eine allgemeine Versicherungspflicht in der GKV und eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage bei der Beitragserhebung erreichen.

1. Durch die Verwendung des gesamten Einkommens und nicht nur des Arbeitseinkommens als Bemessungsgrundlage erhofft man sich eine Verringerung der Wohlfahrtsverluste der Einkommensumverteilung.
2. Durch die Finanzierung durch Kopfbeiträge sollen sich anreizkompatible Selbsteteiligungselemente leichter einführen lassen.

Bislang wurde jedoch wenig beachtet, dass eine Finanzierung durch Kopfbeiträge und eine einkommensabhängige Finanzierung zu unterschiedlichen Ergebnissen in einem demokratischen Entscheidungsprozess führen können. Insbesondere kann das Niveau der Gesundheitsleistungen bei einer Finanzierung durch Kopfbeiträge geringer ausfallen. Diesem Aspekt ist dieser Beitrag gewidmet. Um die unterschiedlichen Eigenschaften der Finanzierungsarten in einem politischen Gleichgewicht zu beurteilen, wird dabei eine verfassungsökonomische Perspektive eingenommen. Konkret wird davon ausgegangen, dass die Bürger im Verfassungszustand zwar ihr Einkommen, nicht aber ihren Risikotyp kennen. Dies bedeutet, dass sich alle Personen unsicheren Prämien und damit einem Prämienrisiko gegenübersehen (vgl. dazu Kifmann 2000). Es wird unterstellt, dass dieses Risiko nicht auf privaten Märkten versicherbar ist. Dies begründet ein Interesse an einem staatlich organisierten Gesundheitswesen, bei dem der Beitrag nicht vom individuellen Risiko abhängt. Wie das Modell von Kifmann (2002) zeigt, kann deshalb eine Finanzierung des Gesundheitswesens durch einkommensabhängige Beiträge von allen Bürgern, d. h. auch von Personen mit hohem Einkommen, vorgezogen werden.

Bevor die Ergebnisse des Modells von Kifmann (2002) in Abschnitt 3 dargestellt werden, wird im folgenden Abschnitt 2 zunächst kurz der verfassungsökonomische Ansatz vorgestellt. In Abschnitt 4 wird dann ausführlich der Reformvorschlag, Kopfbeiträge einzuführen und die Einkommensumverteilung aus der GKV auszugliedern, diskutiert. Die Ergebnisse werden in Abschnitt 5 zusammengefasst.

2 Der verfassungsökonomische Ansatz

Der verfassungsökonomische Ansatz ist eng mit der ökonomischen Theorie der Politik verwandt. Während diese jedoch individuelles Verhalten innerhalb eines vorgegebenen Rahmens von Regeln analysiert, versucht der verfassungsökonomische Ansatz die Regeln selbst zu erklären oder normativ zu begründen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die von den Regeln betroffenen Personen hinter einem Schleier des Nichtwissens noch unsicher darüber sind, wie sie von den Regeln betroffen werden, aber einen freiwilligen Gesellschaftsvertrag, die Verfassung, schließen können. Ziel der verfassungsökonomischen Analyse ist die Bestimmung der Regeln, auf die sich die Individuen hinter dem Schleier des Nichtwissens einigen.

Die Situation hinter dem Schleier des Nichtwissens ist i. d. R. fiktiv und beschreibt keinen realen Entscheidungsprozess. Die Schlüsse, die man aus der verfassungsökonomischen Analyse zieht, hängen deshalb entscheidend von der Interpretation dieser Entscheidungssituation ab. Zwei Varianten lassen sich hierbei unterscheiden (vgl. Buchanan 1987 und Voigt 1997).

- (i) *Verfassungsökonomik als normative Begründung von Regeln*: Erfüllt die Situation hinter dem Schleier des Nichtwissens bestimmte normative Eigenschaften, dann lässt sich

argumentieren, dass auch die hinter dem Schleier bevorzugte Regel wünschenswert ist und umgesetzt werden sollte. Ist z. B. hinter dem Schleier des Nichtwissens die Höhe des Einkommens unsicher und geht es um die Bestimmung eines Steuer-Transfer-Systems, dann lässt sich die gefundene Regel als gerechter Ausgleich zwischen Arm und Reich interpretieren, da sich alle Personen darauf geeinigt hätten, wenn sie noch nicht gewusst hätten, ob sie von der Umverteilung profitieren oder nicht.

- (ii) *Verfassungsökonomik als positiver Erklärungsansatz*: Entspricht die hinter dem Schleier des Nichtwissens gewählte Regel einer tatsächlichen existierenden Regel, dann lässt sich die Situation hinter dem Schleier des Nichtwissens auch als vereinfachte Darstellung einer tatsächlichen Entscheidungssituation deuten, bei der von institutionellen Details abstrahiert wird und der Effizienzaspekt im Vordergrund steht. Bei dieser heuristischen „Als-ob“-Erklärung sollte der Schleier des Nichtwissens möglichst genau die tatsächliche Unsicherheit, der sich die Betroffenen gegenübersehen, darstellen. Zudem sollte die Regel von einer großen Mehrheit, idealerweise allen Bürgern, im Verfassungszustand befürwortet werden.

Beide Varianten werden im Folgenden bei der Interpretation der Entscheidung im Verfassungszustand diskutiert.

3 Kopfbeiträge und einkommensabhängige Finanzierung im Vergleich

In der Arbeit von Kifmann (2002) wird eine Finanzierung durch Kopfbeiträge und einkommensabhängige Beiträge im Rahmen eines verfassungsökonomischen Modells untersucht. Dabei wird von folgender Entscheidungsstruktur ausgegangen:

1. Im Verfassungszustand beraten die Bürger über die Einführung eines öffentlichen Gesundheitssystems. Dieses wird nur eingeführt, falls sich *alle* Bürger darauf einigen. Zum Entscheidungszeitpunkt ist ihnen ihr Einkommen, aber nicht ihr künftiger Gesundheitszustand bekannt, der für alle Bürger gleichermaßen unsicher ist.
2. Die Bürger erfahren ihren Gesundheitszustand.
3. Falls sich die Bürger im Verfassungszustand für ein öffentliches Gesundheitssystem entschieden haben, dann wird die Menge der öffentlichen Gesundheitsleistungen per Mehrheitsentscheid festgelegt.
4. Die Bürger haben die Möglichkeit, private Zusatzversicherungen abzuschließen. Der Preis entspricht dabei ihren erwarteten Gesundheitsausgaben und hängt somit vom Gesundheitszustand ab.

Da den Bürgern ihr Gesundheitszustand und somit ihre künftige Krankenversicherungsprämie im Verfassungszustand nicht bekannt ist, sehen sie sich einem *Prämienrisiko* gegenüber. Eine entscheidende Annahme ist, dass sich dieses Risiko aufgrund unvollständiger Versicherungsmärkte nicht im Verfassungszustand versichern lässt.

Im Einklang mit empirischen Studien wird des Weiteren eine linkssteile Einkommensverteilung angenommen. Dies bedeutet, dass das Medianeinkommen unterhalb des Durch-

schnittseinkommens liegt. Bezüglich der Verteilung des Prämienrisikos wird unterstellt, dass die Verteilung der Krankheitswahrscheinlichkeiten ebenfalls linkssteil ist, so dass die „hohen Risiken“ in der Minderheit sind. Dies hat zur Folge, dass die faire Prämie pro Einheit Versicherungsdeckung für die Person mit dem Median-Gesundheitszustand niedriger ist als die Prämie auf Basis des Durchschnittsrisikos.³

Bei der Entscheidung im Verfassungszustand antizipieren die Bürger, welche Menge an Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit von der Finanzierungsart in einem politischen Gleichgewicht bei bekanntem Krankheitsrisiko bereitgestellt wird. Bezüglich der Präferenzen der Individuen wird ein abnehmender Grenznutzen des Konsums und der medizinischen Leistungen unterstellt. Dies erlaubt die Anwendung des Medianwähler-Theorems. Die einkommensabhängige Finanzierung erfolgt durch eine proportionale Steuer. Im politischen Gleichgewicht erhält man dann folgende Ergebnisse:

- (i) *Finanzierung durch Kopfbeiträge*: Da die hohen Risiken in der Minderheit sind, bevorzugt die Mehrheit der Bevölkerung eine Menge an öffentlichen Gesundheitsleistungen in Höhe von null. Für sie ist es günstiger, eine private Krankenversicherung abzuschließen, da deren Prämie pro Versicherungseinheit geringer ist als die auf dem Durchschnittsrisiko basierende Prämie im öffentlichen Gesundheitswesen. Die Finanzierung durch Kopfbeiträge impliziert somit einen Verzicht auf ein öffentliches Gesundheitswesen.
- (ii) *Finanzierung durch einkommensabhängige Beiträge*: Hier sind nicht nur die hohen Risiken für eine positive Bereitstellung öffentlicher Gesundheitsleistungen, sondern auch alle Personen mit niedrigem Einkommen. Deshalb kann es in einem politischen Gleichgewicht zu einer positiven Bereitstellung von öffentlichen Gesundheitsleistungen kommen.

Vom Verfassungszustand aus gesehen hat die einkommensabhängige Finanzierung somit einen vorteilhaften Aspekt für alle Bürger: Es werden Gesundheitsleistungen bereitgestellt, deren Preis nicht vom Gesundheitszustand abhängt. Im Gegensatz zur Finanzierung durch Kopfbeiträge wird so das Prämienrisiko versichert. Aus Sicht der Bürger mit niedrigem Einkommen ist die einkommensabhängige Finanzierung besonders attraktiv, da sie zusätzlich von der Einkommensumverteilung profitieren. Für Bürger mit hohem Einkommen hingegen spricht die Einkommensumverteilung gegen eine einkommensabhängige Finanzierung.⁴

In Kifmann (2002) wird anhand einer numerischen Simulation gezeigt, dass bei genügend hoher Risikoaversion auch Personen mit hohem Einkommen eine einkommensabhängige Finanzierung befürworten können, weil die Absicherung des Prämienrisikos den Nachteil der Einkommensumverteilung überwiegt. Voraussetzung hierfür sind ein hinreichend hohes Prämienrisiko sowie eine nicht zu große Ungleichheit der Einkommen. Sind diese Bedingungen erfüllt, dann ziehen alle Bürger im Verfassungszustand eine einkommensabhängige Finanzierung vor.

³ Das Modell in Kifmann (2002) geht konkret von jeweils zwei Einkommens- und Risikotypen aus. Der Anteil der Armen bzw. Gesunden ist jeweils größer 0,5.

⁴ Ähnlich argumentiert Pauly (1994), der seinen Überlegungen allerdings kein Modell zugrunde legt.

In einer verfassungsökonomischen Analyse lässt sich somit eine einkommensabhängige Finanzierung des Gesundheitswesens erklären, wenn man davon ausgeht, dass sich alle Bürger grundsätzlich einem Prämienrisiko ausgesetzt sehen. Zwar mag die Annahme, dass eine Versicherung gegen das Prämienrisiko überhaupt nicht möglich ist, überzeichnet sein. In der Praxis bestehen jedoch erhebliche Probleme bei der Absicherung des Prämienrisikos. In der deutschen privaten Krankenversicherung muss beispielsweise ein Vertrag mit einer Versicherung über die ganze Lebenszeit abgeschlossen werden. Ein Wechsel zu einer anderen Versicherung ist i. d. R. mit erheblichen finanziellen Verlusten verbunden, da die Alterungsrückstellungen nicht übertragbar sind.

Das Ergebnis der verfassungsökonomischen Analyse lässt sich auch als normative Begründung eines Gesundheitssystems mit einkommensabhängiger Finanzierung deuten. Hierbei wird die Unsicherheit über den Gesundheitszustand im Verfassungszustand als Beschreibung einer fairen Situation betrachtet. Eine einkommensabhängige Finanzierung ist dann wünschenswert, weil sich alle Bürger auf sie einigen würden, wenn sie noch nicht wüssten, welchen Gesundheitszustand sie besitzen.

Gegen diese Schlussfolgerungen lässt sich einwenden, dass ein vollständiger Zusammenbruch des öffentlichen Gesundheitswesens bei einer Finanzierung durch Kopfbeiträge kaum plausibel ist.⁵ So spielen auch altruistische Motive der Bürger bei der Abstimmung über die Menge an öffentlichen Gesundheitsleistungen eine Rolle. Ebenso kann adverse Selektion auf dem Krankenversicherungsmarkt eine staatliche Mindestsicherung attraktiv machen. Wie Breyer (2001) gezeigt hat, kann dann auch bei Kopfbeiträgen eine Mehrheit ein öffentliches Gesundheitssystem befürworten.

An dem grundlegenden Unterschied zwischen einer Kopfbeitrags- und einer einkommensabhängigen Finanzierung ändern diese Argumente allerdings nichts. Bei einer einkommensabhängigen Finanzierung ist tendenziell die Menge an öffentlichen Gesundheitsleistungen und damit die Absicherung des Prämienrisikos höher. Das verfassungsökonomische Argument behält deshalb grundsätzlich seine Gültigkeit, wobei es letztlich von den genauen Umständen wie der Risikoaversion und der Höhe des Prämienrisikos abhängt, welche Finanzierungsart vorzuziehen ist.

4 Die Trennung von Einkommensumverteilung und Umverteilung zwischen niedrigen und hohen Risiken

Gegenwärtig werden die Gesundheitsleistungen in der GKV durch einkommensabhängige Beiträge der Versicherten finanziert. Zugrunde gelegt werden dabei nur die Einkommen aus unselbständiger Arbeit. Die eingangs genannten Vorschläge, die Einkommensumverteilung aus der GKV auszugliedern und stattdessen Kopfbeiträge einzuführen, lassen sich in zwei Schritte unterteilen:

1. eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage, bei der wie bei der Einkommensteuer auch die anderen Einkommensarten bei der Beitragsbemessung zugrunde gelegt werden;

⁵ Empirisch ließe sich hier die durch Kopfbeiträge finanzierte Grundsicherung in der Schweiz anführen. Allerdings ist auch dort die Umverteilung im Gesundheitswesen an die Einkommensumverteilung gekoppelt, da Personen, deren Ausgaben für Krankenversicherung einen bestimmten Prozentsatz ihres Einkommens überschreiten, ein Anrecht auf staatliche Unterstützung besitzen.

2. eine Ausgliederung der Einkommensumverteilung in das Steuersystem und eine Finanzierung der GKV durch Kopfbeiträge.

Der erste Schritt hat den Vorteil, dass nicht mehr das Arbeitseinkommen einseitig belastet wird, sondern auch Kapitalerträge und Mieteinkünfte herangezogen werden. Er würde damit die einseitige Belastung des Faktors Arbeit verringern und zudem die privat Versicherten in den Einkommensausgleich einbeziehen. Vielfach ist deshalb schon gefordert worden, diesen Vorschlag auch ohne Schritt 2 durchzuführen (vgl. z. B. Glaeske et al. 2001: 28–30). Allerdings verzichtet man dann auf eventuelle Vorteile einer Finanzierung durch Kopfbeiträge durch die einfachere Einführung von Selbstbeteiligungen. Zudem sprechen administrative Gründe dafür, das gesamte Einkommen von den Finanzämtern und nicht von den Krankenkassen erfassen zu lassen.

Aus verfassungsökonomischer Sicht ist der zweite Schritt von Interesse. Die Mehrzahl der in der Literatur gemachten Vorschläge ist hierbei mit den folgenden beiden Interpretationen dieses Schritts vereinbar:⁶

2a Die Einkommensumverteilung in der GKV *im Status quo* wird in das Steuersystem ausgegliedert. Danach finden keine Anpassungen mehr statt.

2b Die Einkommensumverteilung wird in das Steuersystem ausgegliedert und bei Änderungen der Ausgaben für Krankenversicherung angepasst.

Ad 2a: Wird die Einkommensumverteilung völlig von der Finanzierung des Gesundheitswesens abgekoppelt, dann ist, wie im letzten Abschnitt ausgeführt, damit zu rechnen, dass die Leistungen der GKV bei einer Finanzierung durch Kopfbeiträge im politischen Gleichgewicht geringer ausfallen als bei einer einkommensabhängigen Finanzierungsweise. Aus einer Ex-ante-Sicht kann dies sowohl für Personen mit niedrigen als auch hohen Einkommen negativ sein, da die Versicherung des Prämienrisikos für alle Bürger vermindert wird. Da die bisherige Einkommensumverteilung beibehalten wird, können durch diesen Vorschlag sogar Personen mit hohem Einkommen schlechter gestellt werden, die grundsätzlich die Finanzierung durch Kopfbeiträge einer einkommensabhängigen Finanzierung vorziehen.

Die Variante 2a für sich genommen dürfte deshalb auf massive Schwierigkeiten im politischen Prozess stoßen und kaum durchsetzbar sein. Sofern ein Ausgleich zwischen hohen und niedrigen Risiken als wünschenswert erachtet wird, ist Schritt 2 zudem kontraproduktiv. Dieser Reformvorschlag ist deshalb aus verfassungsökonomischer Sicht kritisch zu betrachten.

Ad 2b: Soll die Einkommensumverteilung an die Finanzierung der GKV gekoppelt bleiben, so bieten sich insbesondere zwei Möglichkeiten an:

- (i) *Einkommensabhängige Transfers*: Personen, deren Ausgaben für Krankenversicherung einen bestimmten Prozentsatz ihres Einkommens überschreiten, erhalten eine staatli-

⁶ Hierzu gehören insbesondere Breyer und Haufler (2001), DIW und IGES (2001) sowie Knappe und Hörter (2001). Die Vorschläge von Buchholz et al. (2000) und Henke (2001) sehen Transfers für Einkommensschwache in Abhängigkeit von den Ausgaben für Krankenversicherung vor und lassen sich daher Variante 2b zuordnen.

che Unterstützung, die einen Teil oder auch die gesamten Ausgaben für Krankenversicherung abdeckt. Diese Lösung wird in der Schweiz praktiziert. Dort beträgt der Prozentsatz je nach Kanton zwischen 8 und 10 %.

- (ii) *Transfers an Krankenkassen*: Jede Krankenversicherung erhält aus einem durch Sozialabgaben oder Steuern finanzierten Topf einen bestimmten Geldbetrag für jeden Versicherten, der einem bestimmten Prozentsatz der erwarteten Ausgaben für diese Person entspricht. Um darüber hinausgehende Ausgaben zu decken, erheben die Krankenversicherungen Kopfbeiträge. Diese Lösung entspricht in etwa dem niederländischen Modell, bei dem der Großteil der Ausgaben durch die Einnahmen aus Sozialversicherungsbeiträgen finanziert wird.

Beiden Lösungen ist gemein, dass sie zwar die Einkommensumverteilung aus der direkten Finanzierung der Krankenversicherung ausgliedern, aber dennoch an die Ausgaben für Krankenversicherung koppeln. Dies lässt sich daran erkennen, dass die Einkommensumverteilung mit höheren öffentlichen Gesundheitsausgaben zunimmt:

- Bei Lösung (i) erhalten Personen mit niedrigem Einkommen mehr staatliche Unterstützung. Des Weiteren steigt der Anteil der Personen mit niedrigem Einkommen, die ein Anrecht auf eine staatliche Unterstützung haben. Diese Transferzahlungen werden von Personen mit hohem Einkommen finanziert.
- Bei Lösung (ii) erhöht sich der Geldbetrag, den eine Versicherung für jeden Versicherten erhält. Die dadurch nötige Erhöhung der Steuer bzw. der Sozialabgaben führt zu einer Subventionierung der Personen mit niedrigem Einkommen durch Personen mit hohem Einkommen.

Die Variante 2b hat aus verfassungsökonomischer Sicht den Vorteil, dass sich mögliche Vorteile einer Verbreiterung der Bemessungsbasis und der Finanzierung durch Kopfbeiträge verwirklichen lassen, ohne dass die Gefahr besteht, dass das Niveau an öffentlichen Gesundheitsleistungen sinkt. Entscheidend ist dabei, dass Einkommensumverteilung und Finanzierung des Gesundheitswesens ausreichend aneinander gekoppelt bleiben.

5 **Schlussfolgerungen**

Eine verfassungsökonomische Analyse zeigt auf, dass eine Kopplung der beiden Umverteilungsdimensionen Gesundheitszustand und Einkommen von zentraler Bedeutung für die Verminderung des Prämienrisikos und den Ausgleich zwischen hohen und niedrigen Risiken ist. Dies ist darin begründet, dass erst eine Verbindung der beiden Umverteilungsdimensionen zu einem ausreichend hohen Niveau der Gesundheitsleistungen im demokratischen Entscheidungsprozess führt.

Der Reformvorschlag, Kopfbeiträge einzuführen und die Einkommensumverteilung aus der GKV auszugliedern, ist deshalb aus verfassungsökonomischer Sicht kritisch zu beurteilen, falls dabei Einkommensumverteilung völlig von der Finanzierung des Gesundheitswesens abgekoppelt wird. In diesem Fall wird die Absicherung des Prämienrisikos gesenkt. Ob dieser Vorschlag politisch durchsetzbar und wünschenswert ist, ist somit fraglich.

Es ist jedoch möglich, Effizienzgewinne durch die Einführung von Kopfbeiträgen zu erreichen, ohne dass das Prämienrisiko zunimmt. Hierfür muss der neu zu schaffende Einkommensausgleich so gestaltet werden, dass die Einkommensumverteilung bei Änderungen der Ausgaben für Krankenversicherung angepasst wird. Dies ermöglichen einerseits Transfers an Personen, deren Ausgaben für Krankenversicherung einen bestimmten Prozentsatz ihres Einkommens überschreiten. Eine weitere Möglichkeit stellen direkte Zahlungen an Krankenkassen dar, die durch Sozialabgaben oder Steuern finanziert werden und einen bestimmten Prozentsatz der zu erwartenden Ausgaben für diese Person abdecken.

Literaturverzeichnis

- Breyer, F. und A. Haufler (2000): Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution. *International Tax and Public Finance*, 7 (4–5), 445–461.
- Breyer, F. (2001): *Income Redistribution and the Political Economy of Social Health Insurance: Comparing Germany and Switzerland*. DIW Discussion Paper No. 253. Berlin.
- Buchanan, J. (1987): Constitutional Economics. In: Eatwell, J. (Hrsg.): *The New Palgrave*, Bd. 1. London, Macmillan, 588–595.
- Buchholz, W. et al. (2001): *Wettbewerb aller Krankenversicherungen kann Qualität verbessern und Kosten des Gesundheitswesens senken*. DIW Diskussionspapier Nr. 247. Berlin.
- DIW und IGES (2001): *Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen*. Gutachten für das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie. Berlin.
- Glaeske, G., K. W. Lauterbach, B. Rürup und J. Wasem (2001): *Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik* (Langfassung). Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales. Berlin.
- Henke, K. D. (2001): Prioritätensetzung im Gesundheitswesen durch ordnungspolitische Erneuerung – Krankenversicherungspflicht für alle und individuelle Wahlfreiheit. In: Albring, M. und E. Wille (Hrsg.): *Qualitätsorientierte Vergütungssysteme in der ambulanten und stationären Versorgung*. Frankfurt a. M., Peter Lang, 37–49.
- Kifmann, M. (2000): The Premium Risk Problem in Health Insurance. *Schmollers Jahrbuch*, 120 (4), 567–586.
- Kifmann, M. (2002): *Financial Public Health Insurance in a Democracy*. Unveröffentlichtes Manuskript. Universität Konstanz.
- Knappe, E. und S. Hörter (2001): Notwendige Reformschritte in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, 50 (3), 311–322.
- Pauly, M. V. (1994): Avoiding the Mistreatment of Bad Risks in a Democracy: Universal Health Insurance from a Constitutional Perspective. *Constitutional Political Economy*, 5 (3), 143–156.
- Voigt, S. (1997): Positive Constitutional Economics: A Survey. *Public Choice*, 90 (1–4), 11–54.