

Wettbewerb und Solidarprinzip im Gesundheitswesen

Dr. Jürgen Faik

Bonn, 28.05.2003

Gliederung:

1. Einleitung
2. Zu den Begriffen Wettbewerb und Solidarität
3. Zur Funktionsweise des deutschen Gesundheitswesens
4. Reformvorschläge
5. Schlussbetrachtung

1. Einleitung

Ich möchte mich mit Ihnen in den kommenden 45 Minuten über Aspekte des Wettbewerbs und der Solidarität im Gesundheitswesen unterhalten. Angesichts der Komplexität des Themas und der Kürze der mir zur Verfügung stehenden Zeit bin ich gezwungen, das Thema in zweierlei Weise einzugrenzen. Zum einen werde ich mich auf Deutschland beziehen, zum anderen auf den Kernbereich des bundesdeutschen Gesundheitswesens, auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Diese analytische Beschränkung erscheint gerechtfertigt, weil a) der Versichertenkreis der GKV immerhin etwa 90 % der bundesdeutschen Wohnbevölkerung umfasst und b) fast 60 % der Gesundheitsausgaben in Deutschland auf die GKV entfallen.

Zuvor werde ich mich grundsätzlich mit den Begriffen des Wettbewerbs und der Solidarität beschäftigen. Es folgt eine Auseinandersetzung mit der Funktionsweise der GKV, ehe sich Reformvorschläge zu einer wettbewerbsintensiveren, aber gleichzeitig möglichst solidarischen Ausgestaltung der GKV anschließen. Damit knüpfe ich an die aktuelle gesundheitspolitische Debatte an, wie sie im Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, aber auch z. B. in der „Rürup-Kommission“ geführt wird (bzw. wurde). Beispielsweise im vorgesehenen Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – welch Wortungetüm! – ist viel davon die Rede, Wettbewerb und Solidarität im Ge-

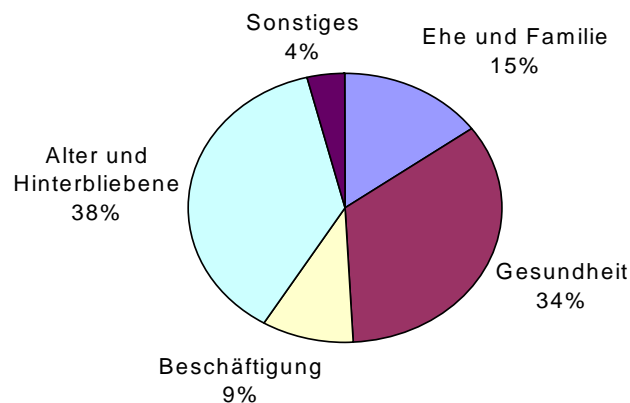
sundheitswesen Deutschlands miteinander zu koppeln. Mit einer Schlussdiskussion möchte ich die Veranstaltung beenden.

Zunächst einmal ist es aus meiner Sicht geboten, die Besonderheiten des Begriffes Gesundheit kurz anzuschneiden. Ich denke, jeder von uns wird die Auffassung teilen, dass Gesundheit ein besonderes Gut ist. Wer von uns kennt nicht die umgangssprachliche Formulierung, dass Gesundheit das „höchste Gut“ sei? Im Unterschied zu traditionellen Wirtschaftsgütern hat Gesundheit also „einen Wert an sich“. Man kann Gesundheit daher per se als ein schützenswertes Gut auffassen. Darüber hinaus hat Gesundheit aber auch eine produktive und eine konsumptive Seite: Gesundheit ist in einer erwerbszentrierten Gesellschaft eine wichtige Voraussetzung zur Einkommenserzielung, und die Ausgaben für Gesundheit stützen über Kreislaufzusammenhänge die Leistungskraft einer Volkswirtschaft.

Auf Grund der vorgenannten Zusammenhänge verwundert es nicht, dass der Bereich Gesundheit im Sozialbudget Deutschlands gut ein Drittel der Gesamtausgaben ausmacht, mit fast 230 Mrd. Euro (das sind etwa 10 % des Bruttoinlandsprodukts):

Schaubild 1:

Funktionale Struktur des Sozialbudgets 2001

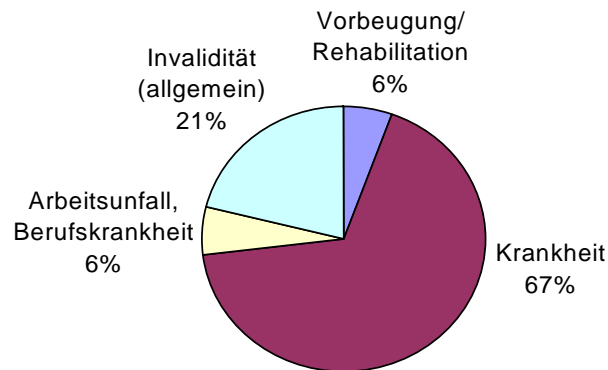


Quelle: Sachverständigenratsgutachten 2002/03, S. 484

Von den Gesundheitsausgaben wiederum sind gut zwei Drittel dem Bereich Krankheit zuzuordnen, der im Folgenden ja im Vordergrund stehen wird:

Schaubild 2:

**Funktionale Ausgabenstruktur
des bundesdeutschen Gesundheitswesens 2001**



Quelle: Sachverständigenratsgutachten 2002/03, S. 484

All dies macht die besondere Rolle des Gutes Gesundheit deutlich und illustriert zugleich, dass die Allgemeinheit – sozusagen „der Staat“ – dem Einzelnen helfen sollte, dessen wichtigstes Gut – „die Gesundheit“ – zu schützen. Allerdings bedeutet dies nicht notwendigerweise, dass im Gesundheitswesen marktwirtschaftliche Elemente – in Form einer erhöhten Effizienz durch Wettbewerb – unberücksichtigt bleiben müssen. Eher im Gegenteil: In wirtschaftenden Gesellschaften sind stets die verfügbaren Ressourcen so einzusetzen, dass die gesellschaftspolitischen Ziele bestmöglich, also effizient erreicht werden. Nicht anders verhält es sich im Bereich des Gesundheitswesens.

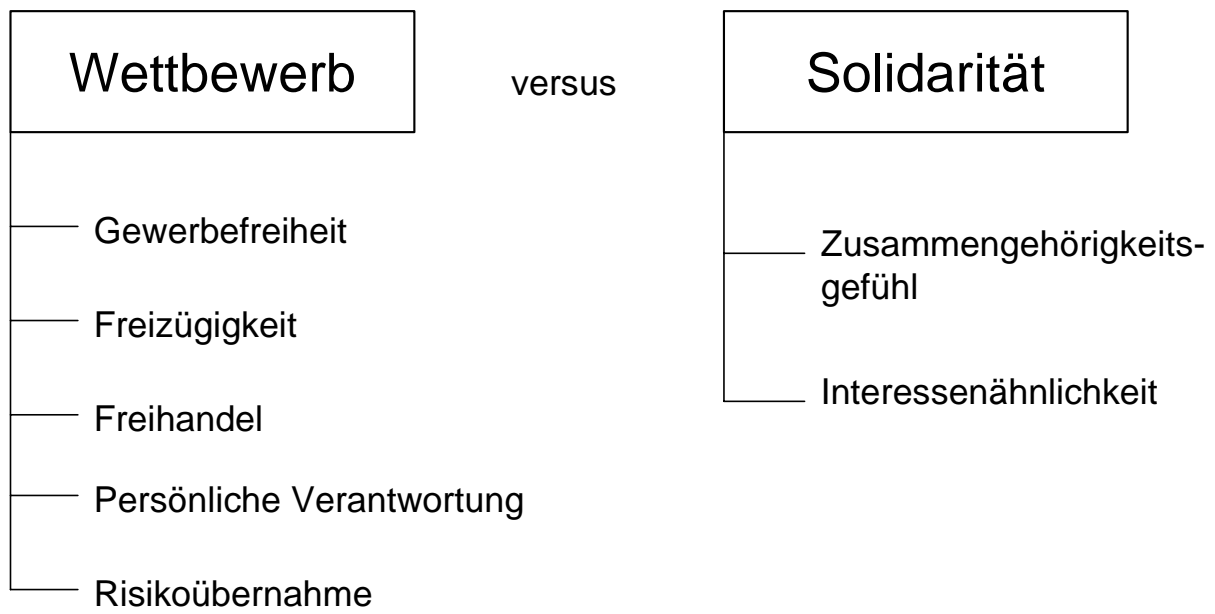
2. Zu den Begriffen Wettbewerb und Solidarität

Die letztgenannten Ausführungen gelten natürlich in besonderem Maße für Wirtschaftssysteme wie das Unsrige, in denen wirtschaftlicher Wettbewerb das zentrale Ordnungsprinzip des Wirtschaftens darstellt. Es äußert sich in den Elementen Gewerbefreiheit, Freizügigkeit und Freihandel sowie in der Übernahme persönlicher

Verantwortung bzw. unternehmerischer Risiken. Gemäß der „reinen“ ökonomischen Lehre sind die Anbieter im Wettbewerbsfalle bestrebt, den Präferenzen der Nachfrager bestmöglich nachzukommen.

Schaubild 3:

Definitionen von Wettbewerb und Solidarität:



Quelle: Eigene Darstellung

Während sich wirtschaftlicher Wettbewerb primär auf die Güteranbieterseite bezieht, ist auf der Güternachfragerseite der zweite in unserer Veranstaltung wesentliche Begriff, der der Solidarität, besonders bedeutsam. Für das Solidarprinzip ist zum einen konstituierend, dass durch Zusammengehörigkeitsgefühl und Interessenähnlichkeit verbundene gesellschaftliche Gruppen sich zur gegenseitigen sozialen Absicherung zusammenschließen. Zum anderen beinhaltet das Solidarprinzip typischerweise Umverteilungsvorgänge.

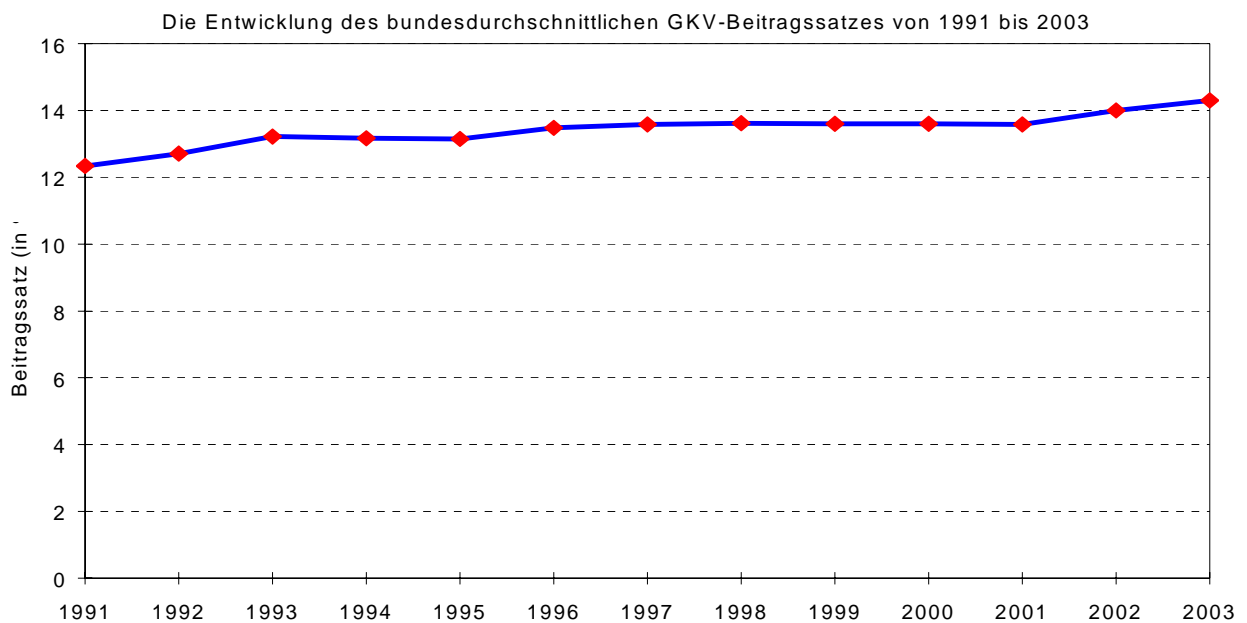
In der GKV kommt der Solidargedanke dadurch zum Tragen, dass medizinische Leistungen nach dem individuellen Bedarf zugewiesen, die Ausgaben hingegen nach der individuellen Leistungsfähigkeit finanziert werden.

Hieraus lassen sich verschiedene Formen von Umverteilung ableiten. Ein Umverteilungsvorgang erfasst hierbei die Umverteilung von den guten zu den schlechten Risiken (*versicherungsimmanente Umverteilung*). „Gute Risiken“ – in einem versicherungstechnischen Sinne – sind solche Personen, bei denen die Einnahmen die (Leistungs-)Ausgaben übersteigen. Über rein privatwirtschaftliche Versicherungslösungen hinaus bedeutet aber – wie bereits angedeutet – Solidarität in der GKV die Umverteilung zwischen Gesunden und Kranken unterschiedlicher Risikoklassen. Dies äußert sich darin, dass sich in der GKV die Beitragszahlungen unabhängig von der Morbidität der Versicherten bestimmen. Es wird – in Teilen – von den oberen zu den unteren Lohneinkommensbeziehern umverteilt. Dies resultiert daraus, dass die Beiträge lohneinkommensabhängig sind. Tendenziell gilt, dass die höheren Lohngruppen für ihre höheren Absolutbeiträge kein wesentlich anderes Leistungsniveau als die unteren Lohngruppen in Anspruch nehmen (*intragenerationale Umverteilung*). Hinzu tritt als weiteres Umverteilungselement – zu Gunsten der Familien – die Möglichkeit der kostenlosen Mitversicherung nicht-erwerbstätiger Familienangehöriger (nicht zuletzt von Kindern). Außerdem besteht eine Umverteilungstendenz zwischen den Generationen zu Gunsten der Alten (*intergenerationale Umverteilung*).

3. Zur Funktionsweise des bundesdeutschen Gesundheitswesens

Als Hauptproblem der GKV stellt sich ihre im Zeitablauf verschlechterte Finanzsituation sowohl auf der Ausgabenseite (Stichwort: „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“) als auch auf der Einnahmeseite (u. a. als Folge der hohen Arbeitslosigkeit in Deutschland) dar. Da die GKV im Umlageverfahren finanziert wird, haben sich hieraus beständig steigende Beitragssätze ergeben. So ist der bundesdurchschnittliche GKV-Beitragssatz von 12,4 % im Jahre 1991 auf mittlerweile 14,3 % angestiegen – und dies trotz verschiedener Kostendämpfungsmaßnahmen in diesem Zeitraum.

Schaubild 4:

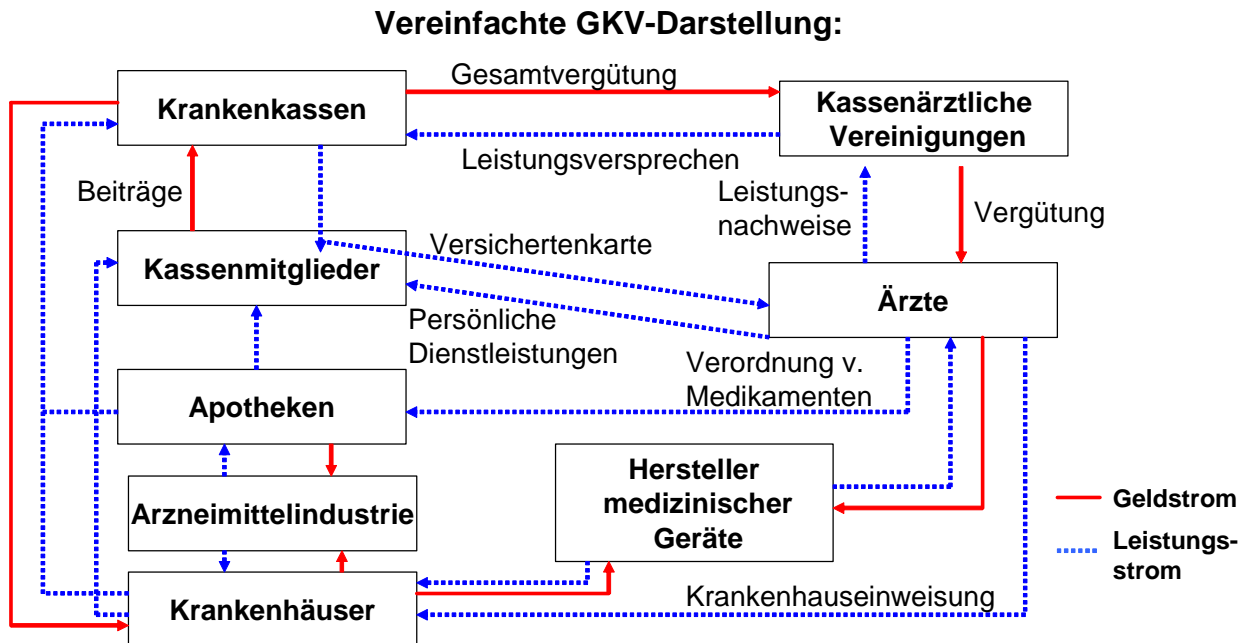


Quelle: Eigene Berechnungen gemäß VDR 2002

a) Wettbewerbsdefizite/Ineffizienzen

Diese Entwicklung ist mit einer Reihe marktwirtschaftlicher Steuerungsmängel im komplexen, in Schaubild 5 skizzierten GKV-System gekoppelt.

Schaubild 5:



Quelle: Lampert/Althammer 2001

In idealtypischer Betrachtung resultiert ein erstes Steuerungsdefizit aus der Preisunabhängigkeit der Nachfrage nach Gesundheitsgütern. Diese hat – überspitzt formuliert – zur Folge, dass Patienten die bestmöglichen Leistungen in größtmöglichem Umfang nachfragen („*Mitnahmeeffekte*“ seitens der Patienten; so genanntes *Moral-hazard-Verhalten*).

Ein von der Angebotsseite ausgehendes Steuerungsdefizit besteht darin, dass die Ärzteschaft – idealtypisch betrachtet – nicht nur das Leistungsangebot, sondern auch die Nachfrage bestimmen kann. Entsprechend kann ein Kassenarzt – bei gegebenen Kosten – sein Einkommen über die Steigerung der Zahl der Kassenpatienten, die durchschnittliche Anzahl der Patientenbesuche und die pro Patientenbesuch erbrachten Leistungen steuern.

Des Weiteren sind als GKV-Problem Marktunvollkommenheiten auf dem Gebiet der Arzneimittelbereitstellung in Form oligopolistischer Anbieterstrukturen zu nennen.

Diese Marktunvollkommenheiten gehen mit tendenziell überteuerten Arzneimittelprodukten einher.

Kosten treibend ist ferner im GKV-System insbesondere der Krankenhausbereich (mit mehr als einem Drittel der GKV-Leistungsausgaben). Die Steuerungsmängel im Krankenhausbereich liegen vor allem in der dualen Finanzierung begründet. Ihr zufolge tragen der Bund (zu einem Drittel) und die Länder (zu zwei Dritteln) die Investitionskosten, während die laufenden Kosten von den Krankenhäusern selbst bestritten werden. Dieses duale System erzeugte in der Vergangenheit insofern wenig wirtschaftliches Verhalten, als a) der Staat für die laufenden Kosten kein größeres Interesse aufbringen musste und b) in Bezug auf die laufenden Kosten der Kostendeckungsgrundsatz zum Tragen kam und die Krankenhäuser entsprechend großes Interesse an einer möglichst vollständigen Kapazitätsauslastung (= „Bettenbelegung“) hatten.

Grundsätzlich bestehen also im bundesdeutschen Gesundheitswesen ausgesprochene Anreize zu Ineffizienzen. Bei den Leistungserbringern (Ärzten, Krankenhäusern usw.) sind Effizienzsteigerungen mindestens solange ein nachgeordnetes Thema, wie eine ausreichende Bezahlung durch die Krankenkassen gewährleistet ist. Sie versuchen daher, über Mengenausweitungen ihr Einkommen zu maximieren. Auch die Versicherten haben kein großes Interesse an einer Effizienzsteigerung, solange „Moral-hazard-Verhalten“ nicht sanktioniert wird, d. h. solange man sicher sein kann, dass die entsprechenden Kosten von der Versichertengemeinschaft übernommen werden. Schließlich ist auch das Interesse der Kassen an Effizienzerhöhungen begrenzt. Dies liegt darin begründet, dass effizienzsteigernde Maßnahmen durch einzelne Kassen von anderen Kassen *ohne* die zugehörigen Kosten imitiert werden können.

b) Solidaritätsdefizite

Ergänzend zu den eben thematisierten Effizienz- bzw. Wettbewerbsdefiziten der GKV ist m. E. auch mindestens ein gravierendes Solidaritätsdefizit festzuhalten: Die Pflichtmitgliedschaft in der GKV ist auf eine (Arbeits-)Einkommenshöchstgrenze – derzeit 3.825 Euro/Monat – begrenzt. Ab dieser Grenze – der so genannten „Friedensgrenze“ zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung – besteht die Möglichkeit, sich in der privaten Krankenversicherung zu versichern. Dies ist beson-

ders für „gute Risiken“ interessant, was folglich zu Lasten der Finanzierungsgrundlagen und damit der Solidarität in der GKV geht. Hinzu kommt, dass ganze Bevölkerungsgruppen (vor allem Beamte und Selbstständige) nicht der Versicherungsgemeinschaft der GKV angehören müssen.

Außerdem könnte als Solidaritätsdefizit festgehalten werden, dass in der GKV allein das Arbeitseinkommen als Beitragsbemessungsgröße fungiert. Nichtlohneinkommen sind daher nicht Bestandteil der verfügbaren Finanzmasse in der GKV und schwächen solcherart die GKV-Solidarität.

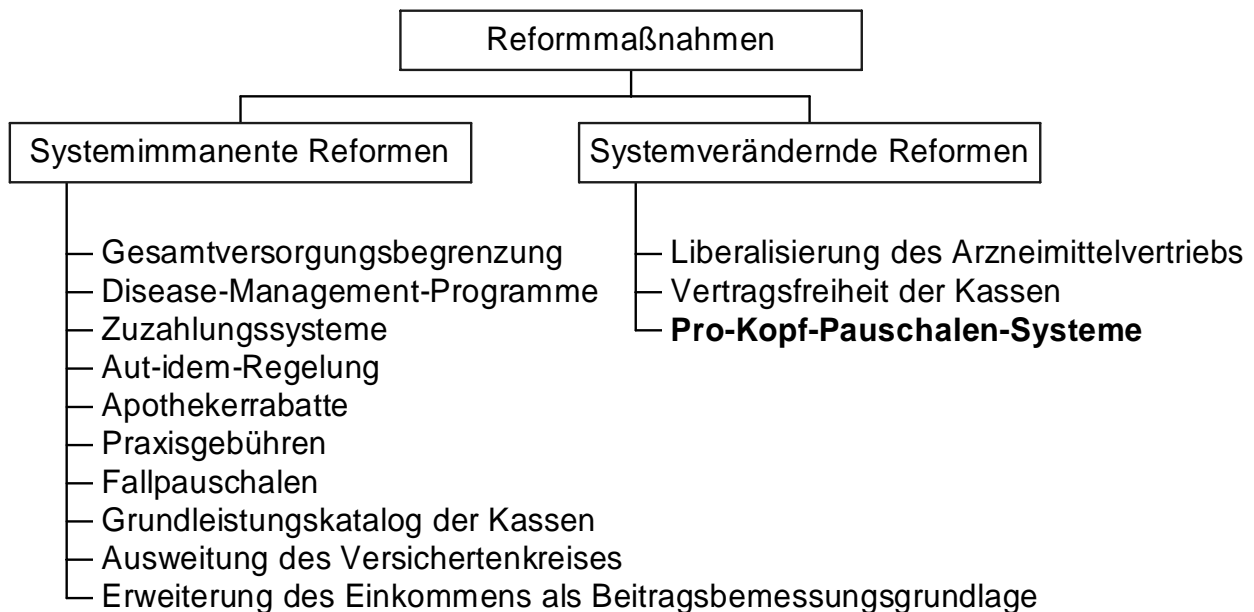
4. Reformvorschläge

Um die skizzierten Defizite abzuschwächen bzw. zu beseitigen, bestehen im Grunde genommen zwei Optionen. Man kann „Reformen im System“ – systemimmanente Reformen – durch das „Drehen“ an verschiedenen „Stellschrauben“ des Systems durchführen; man kann aber auch weiter gehende Reformideen verwirklichen, sozusagen „systemverändernde“ Reformen. Kennzeichnend für die letztgenannten Maßnahmen ist, dass bei ihnen das Wettbewerbsprinzip besonders prononciert zum Ausdruck kommt. Sie sind im Unterschied zu den systemimmanenten, evolutionären Reformen gewissermaßen als „revolutionär“ zu bezeichnen. Der Ehrlichkeit halber muss allerdings an dieser Stelle gesagt werden, dass es natürlich bis zu einem gewissen Grad willkürlich ist, was man als „revolutionäre“ Maßnahme ansieht und was nicht.

4.1 Systemimmanente Reformmaßnahmen

In Schaubild 6 sind einige systemimmanente Reformmaßnahmen dargestellt, welche in der Diskussion bzw. z. T. bereits umgesetzt sind.

Schaubild 6:



Quelle: Eigene Darstellung

Über die *Begrenzung der ärztlichen Gesamtversorgung* mit entsprechenden Begrenzungen für die Einzelvergütungen der Ärzte (= Budgetierung) soll der angebotsinduzierten Nachfrageausweitung entgegengewirkt werden.

Disease-Management-Programme für klar abgegrenzte Krankheitsbilder chronisch Kranker beinhalten, dass die Behandlung und Betreuung nach festgelegten Leitlinien erfolgen soll, wodurch Effizienzvorteile realisierbar erscheinen.

Mit *Zuzahlungssystemen* bei Arznei- und Hilfsstoffen soll ein erhöhtes Kostenbewusstsein der Versicherten erreicht werden.

Direkter in Richtung Preissenkungen bei Arzneimitteln wirken die *Aut-idem-Regelung* und die *Apothekerrabatte*. Gemäß Aut-idem-Regelung sollen Apotheker Medikamente gleichen Wirkstoffs aus dem unteren Preisdrittel abgeben – es sei denn, dass der Arzt bereits ein kostengünstiges Medikament verordnet hat bzw. dass das verordnete Präparat nicht (preisgünstiger) substituierbar ist. Gerade der letztgenannte Aspekt hat Umgehungsmöglichkeiten geschaffen (z. B. „Schein-Innovationen“). Für Arznei-

mittel, die nicht der Aut-idem-Regelung unterliegen und die nicht Festbetragsarzneimittel sind, sind Herstellerrabatte für die Krankenkassen in Höhe von 6 % pro Produkt gesetzlich vorgesehen.

Selbstbehalte der Patienten bei nicht-präventiven Erstbesuchen einer ambulanten Arztpraxis (*Praxisgebühren*), welche an die Krankenkassen abgeführt werden, sollen die international relativ hohe Zahl von Arztkontakten in Deutschland verringern und die Selbstbehandlung bei Bagatellerkrankungen fördern.

Fallpauschalen für diagnosebasierte Fallgruppen sollen die Krankenhäuser in Richtung Rationalisierung sowie Verbundbildung und Spezialisierung lenken. Für die Einführung des Fallpauschalengesetzes existiert eine vergleichsweise lange Übergangsphase bis zum Jahr 2007, so dass sich die erhofften Einspareffekte in der kurzen Frist nur in geringem Maße einstellen dürften.

Eine Veränderung des GKV-Leistungskatalogs in Richtung *Grundleistungskatalog* bedeutet, dass nicht notwendige Leistungen privat – „über den Markt“ – abgedeckt werden müssten. Dies gilt z. B. für Sportunfälle.

Unter Solidargesichtspunkten wird ferner über die *Ausweitung des Versichertenkreises* – z. B. über eine weitere Anhebung der Versicherungspflichtgrenze – sowie über eine *Erweiterung der Einkommens-Bemessungsgrundlage* beispielsweise um Zins-einkünfte nachgedacht.

4.2 Systemverändernde Reformmaßnahmen

Von einer grundsätzlichen Warte aus wird kritisiert, dass es sich bei den meisten der vorgenannten Reformen um Ad-hoc-Maßnahmen handle, welche lediglich an den Symptomen „herumkurierten“. Alternativ werden einschneidendere, systemverändernde Reformen gefordert.

Allgemein soll mit entsprechenden Maßnahmen die Gesundheitsversorgung in Deutschland über „mehr Wettbewerb“ einerseits präferenzgerecht und andererseits kosteneffizient gestaltet werden. Es ist allerdings zu berücksichtigen, dass Gesundheitsmärkte durch Informationsasymmetrien vorrangig auf der Arzt-Patienten-Ebene gekennzeichnet sind. Ein Beispiel hierfür ist, dass Ärzte üblicherweise einen größeren medizinischen Sachverstand im Vergleich zu ihren Patienten haben und dieser von den Patienten bei einem derart sensiblen Gut wie der eigenen Gesundheit ten-

denziell nur in geringem Maße angezweifelt wird. Als Folge dieser Asymmetrie soll effizienzsteigernder Wettbewerb weniger auf der Arzt-Patienten-Ebene, sondern eher zwischen den Leistungserbringern (um die Vergütungen durch die Krankenversicherer) sowie zwischen den Krankenversicherern (um die Versicherungsnehmer) durchgeführt werden.

Als Reformideen sind in diesem Zusammenhang u. a. in der Diskussion:

- Die Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs (als Beispiel für Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern),
- die Vertragsfreiheit der Krankenkassen (in Richtung von Einzelverträgen mit Ärzten und Krankenhäusern, um sozusagen die Einkaufsmärkte der Kassen zu liberalisieren; als Beispiel für Wettbewerb zwischen den Kassen) und
- Pro-Kopf-Pauschalen-Systeme (als Beispiel für eine sehr weit reichende Systemveränderung).

Ansatzpunkte für die *Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs* bilden die Exklusivität des Arzneimittelvertriebs über Apotheken, das Mehrbesitzverbot von Apotheken und die einheitlichen Apothekenpreise. Gibt man eine oder mehrere der vorgenannten rechtlichen Beschränkungen auf, würde dies vermutlich eine nachhaltige Erhöhung der Wettbewerbsintensität unter den Anbietern von Arzneimitteln mit sich bringen.

Gleichfalls in Richtung Liberalisierung des Gesundheitswesens wirkt der Vorschlag, den Krankenkassen eine größere *Freiheit bei Vertragsgestaltungen* einzuräumen. Krankenkassen sollen dem gemäß Versorgungsnetze mit Ärzten via Individualverträge knüpfen. Damit solche Netze effizient sein können, müssen die Versicherten zwangsläufig ihr Recht auf freie Arztwahl aufgeben. Um zu verhindern, dass selektive Kontrahierungen zu Versorgungsengpässen bei „schlechten Risiken“ führen, erscheint – neben der Sinnhaftigkeit des Kontrahierungszwangs für die Kassen – ein leistungsfähiger, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen erforderlich. Dies könnte sicherstellen, dass sich bei den Kassen der Wettbewerbsgedanke weg von einem reinen Beitragssatz- hin zu einem Leistungs-/Qualitätswettbewerb zum Nutzen der Nachfrager medizinischer Leistungen verschiebt.

Pro-Kopf-Pauschalen-Systeme sind dadurch gekennzeichnet, dass die von den Versicherten zu zahlenden Pro-Kopf-Pauschalen den durchschnittlichen Gesundheits-

kosten entsprechen. Bisherige Umverteilungsmaßnahmen sollen ebenso wie Zuschüsse zu den Pro-Kopf-Pauschalen für untere Einkommensschichten über das Steuer-Transfer-System finanziert werden. Hierdurch soll die Tendenz von Pro-Kopf-Pauschalen-Systemen zu degressiven, „perverse“ Umverteilungseffekten vermindert bzw. beseitigt werden. Denkbar ist in diesem Zusammenhang, dass der bisherige Arbeitgeberanteil den Wirtschaftssubjekten zwar ausgezahlt wird, aber der Besteuerung unterliegt. Dadurch würden Einnahmen generiert, die für die Umverteilungsmaßnahmen einsetzbar wären. Eine Familienförderung ließe sich bei Pro-Kopf-Pauschalen allerdings auch im System dadurch bewerkstelligen, dass die gesamten Gesundheitskosten lediglich auf die Anzahl der erwachsenen Köpfe verteilt würden. Dies zöge naheliegenderweise höhere Pauschalwerte nach sich.

Ein Pro-Kopf-Pauschalen-System wird unter Allokationsgesichtspunkten als sehr vorteilhaft angesehen. Insbesondere entfielen – im Vergleich zum Status quo – die relative Benachteiligung des Produktionsfaktors Arbeit – auch wenn man die Kostenbelastung über Lohnnebenkosten als Grund für die bestehende Massenarbeitslosigkeit m. E. nicht überbewerten sollte. Ein Pro-Kopf-Pauschalen-System kann zudem mit einer kassenindividuellen Kostenkalkulation und daher mit Beitragswettbewerb zwischen den Kassen verbunden sein. Um die Ausgrenzung „schlechter Risiken“ zu verhindern, ist Kontrahierungszwang zu fordern. Auch erscheint m. E. ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen in Grenzen erforderlich. Theoretisch spricht ferner eigentlich nichts dagegen, das Modell der Pro-Kopf-Pauschalen auf die Gesamtbevölkerung auszudehnen, wodurch der Solidargedanke im System gestärkt würde.

5. Schlussbetrachtung

Aus meiner Sicht ist es grundsätzlich zu begrüßen, wenn über „mehr Wettbewerb“ effizienzsteigernde Regelungen in das GKV-System inkorporiert werden. Bislang liegen noch viele Effizienzpotenziale brach. Eine konsequentere Marktbezogenheit zur Nutzung dieser Effizienzpotenziale birgt allerdings die Gefahr der Individualisierung und damit der Schwächung des Solidargedankens in sich. Letzteres muss aber nicht weit reichend eintreten: Vielmehr kann das Spannungsverhältnis zwischen Wettbewerb und Solidarität zumindest stückweise gelockert werden, wenn man beide Beg-

riffe nicht extrem „auslebt“, sondern Wettbewerbselemente „so weit wie möglich“ und Solidargesichtspunkte „so weit wie notwendig“ in das GKV-System einbezieht. Es geht also um die „gesunde Mischung“ aus Wettbewerb und Solidarität. Insofern sind „Härtefallregelungen“ zu begrüßen, wie sie im Zusammenhang mit den genannten Liberalisierungsmaßnahmen vorzusehen wären bzw. bereits umgesetzt sind.

Eine besondere Attraktivität hat aus meiner Sicht ein Pro-Kopf-Pauschalen-System aus den vorhin genannten allokativen und ordnungspolitischen Gründen heraus. In diesem Zusammenhang müssen – worauf hingewiesen wurde – bei einer höheren Wettbewerbsintensität des Systems Solidaraspekte keineswegs ausgeblendet werden.

Ausgewählte Literatur:

Beske, Fritz/Hallauer, Johannes F.: Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur-Leistung-Weiterentwicklung, 3., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Köln 2001.

Breyer, Friedrich/Kifmann, A./Zweifel, Peter: Gesundheitsökonomie, Berlin 2002.

Knappe, Eckhard/Arnold, Robert: Pauschalprämie in der Krankenversicherung. Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit, Trier 2002 (unveröffentlichtes Gutachten).

Lampert, Heinz/Althammer, Jörg: Lehrbuch der Sozialpolitik, 6., überarbeitete Auflage, Berlin/Heidelberg/New York 2001.

Pimpertz, Jochen: Solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom lohnbezogenen Beitrag zur risikounabhängigen Versicherungsprämie, Köln 2003.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2002/03, Wiesbaden 2002.

Verschiedene Autoren: Gesundheitsreform: Positionen der Parteien und Standpunkt aus IKK-Sicht. In: Die Krankenversicherung, Heft 5/2003, S. 123-135.