

Working Paper

Nr.: 59, 11.01.2006

Autor: Sabine Schmax

Reform des deutschen Gesundheitswesens – Modelle einer „Bürgerversicherung“

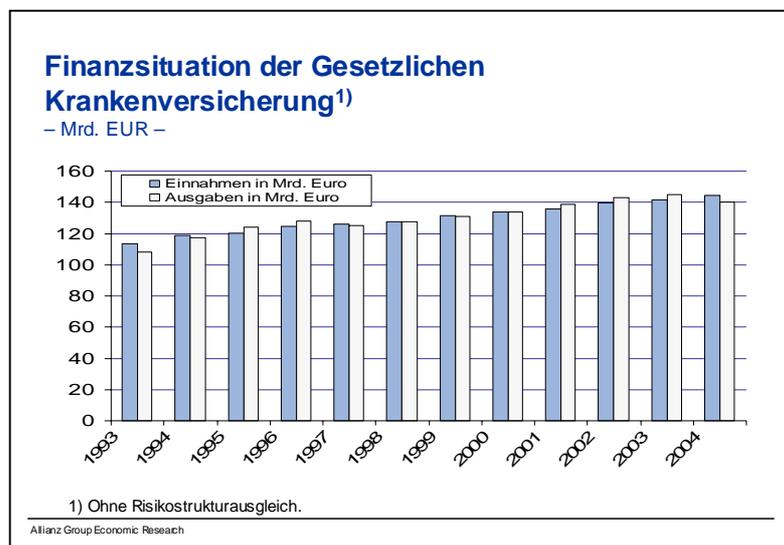
Die Bundesregierung hat die Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens zum Schwerpunktthema des Jahres 2006 erklärt. Die Modelle, die die beiden Regierungsparteien vertreten, könnten kaum unterschiedlicher sein. Während die SPD schon seit geraumer Zeit eine „solidarische Bürgerversicherung“ forderte, stritten CSU und CDU, ob einkommensabhängige Beiträge oder eine Gesundheitsprämie den Königsweg darstellen. Letztendlich einigten sich die christlichen Parteien auf eine Kombination beider Ansätze, die „solidarische Gesundheitsprämie“. Inzwischen kann nicht ausgeschlossen werden, dass die nächste Gesundheitsreform eine Bürgerversicherung bringen wird. Die genaue Ausgestaltung des Modells bleibt jedoch noch abzuwarten. Ein Nachbarland ist bereits über die Phase der Lösungssuche hinaus. Die Niederlande führten zu Beginn des Jahres 2006 eine für die gesamte Wohnbevölkerung verpflichtende Krankenversicherung ein, die einkommensabhängige Beiträge und Kopfpauschale kombiniert. Doch für einen neidvollen Blick über die Grenzen gibt es keinen Grund – einen dauerhaften Ansatz hat man vermutlich nicht gefunden. Bereits heute zeichnen sich Probleme ab und schon jetzt schließt das niederländische Gesundheitsministerium weitere Reformen nicht aus. Letztendlich deutet alles darauf hin, dass sich eine nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsausgaben nur durch ein höheres Maß an Kapitaldeckung erreichen lässt. Dies wirft jedoch die Frage auf, wie ein ausreichender Kapitalstock gebildet und finanziert werden kann.

Vorschläge zur Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems

– Hauptsache solidarisch

Wie bereits im Jahr 2004 hat die gesetzliche Krankenversicherung auch in den ersten 3 Quartalen des Jahres 2005 einen Überschuss erzielt. Die Bundesgesundheitsministerin rechnet damit, dass sich dieser Trend für das gesamte Jahr fortsetzt. Damit scheint die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich entspannter als in der Vergangenheit, als Meldungen über sinkende

Einnahmen und steigende Ausgaben an der Tagesordnung waren. Das Bundesgesundheitsministerium wertet diese Entwicklung als Erfolg der letzten Gesundheitsreform. Doch Tatsache ist: Auch frühere Gesundheitsreformen führten zu schwächeren Ausgabensteigerungen, vereinzelt sogar zu sinkenden Ausgaben und Einnahmenüberschüssen. Allerdings waren diese positiven Effekte nie von langer Dauer. Es bleibt zu befürchten, dass dies auch dieses Mal der Fall sein wird. Hinzu kommt, dass die Zuweisungen aus dem Bundeshaushalt an die gesetzlichen Krankenkassen schrittweise auf null zurückgeführt werden sollen. Diese Maßnahme wird sich spürbar auf die Finanzsituation der Krankenversicherungen auswirken, denn für 2006 war ursprünglich ein Bundeszuschuss in Höhe von 4,2 Mrd. Euro vorgesehen. Daher ist nach der Reform wieder einmal vor der Reform und für das Jahr 2006 steht eine Neustrukturierung der Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems auf der Agenda der neuen Bundesregierung.



Die SPD favorisiert das Modell einer „solidarischen Bürgerversicherung“, das im Wesentlichen auf den folgenden Kernelementen basiert:

- Die Krankenversicherung umfasst alle Bürger, die Versicherungspflichtgrenze entfällt.
- Das System ist umlagefinanziert.
- Die Versicherungsbeiträge werden einkommensabhängig erhoben. Zu ihrer Berechnung werden neben Erwerbseinkommen auch Kapitaleinkommen herangezogen, die einen Freibetrag überschreiten. Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung bleiben unberücksichtigt. Die paritätische Finanzierung bei lohnbezogenen Beiträgen besteht weiterhin.
- Die Versicherung von Familienmitgliedern ohne eigenes Einkommen und Kindern erfolgt beitragsfrei.
- Gesetzliche Krankenkassen müssen, private Krankenversicherungsunternehmen können Bürgerversicherungstarife anbieten.
- Versicherungspflichtige haben das Recht, das Versicherungsunternehmen frei zu wählen. Bietet eine Krankenversicherung Bürgerversicherungstarife an, unterliegt sie – unabhängig, ob gesetzlich oder privat – dem Kontrahierungszwang.

- Der Leistungskatalog entspricht dem heutigen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen.
- Die Leistungserbringung erfolgt nach dem Sachleistungsprinzip.
- Für alle Bürgerversicherungstarife existiert ein Risikostrukturausgleich.

Die Probleme des Bürgerversicherungsmodells sind vielschichtig. Einkommensabhängige Beiträge erfüllen zwar unbestritten eine verteilungspolitische Aufgabe, sie haben allerdings unerwünschte wachstums- und beschäftigungspolitische Nebenwirkungen. Finanzwissenschaftlich konsistent wäre ein Modell, dass die Umverteilung auf das Steuer- und Transfersystem überträgt und den Versicherungscharakter der Krankenkassen in den Vordergrund stellt. Zudem gewährleistet die Bürgerversicherung nicht die angestrebte Gleichbehandlung der verschiedenen Einkommensarten, denn sie basiert – je nach Einkunftsentstehung – auf unterschiedlichen Bemessungsgrundlagen oder berücksichtigt einzelne Einkünfte überhaupt nicht. Das Ergebnis ist, dass Menschen mit gleich hohem Einkommen unterschiedliche Krankenkassenbeiträge zahlen, je nach Herkunft ihrer Einkünfte.

Weiterhin stellt sich die Frage, wie die Altbestände der privaten Krankenversicherungsunternehmen behandelt werden können: Für die derzeit privat Versicherten müsste ein Bestandsschutz gewährt werden. Die Bürgerversicherung könnte sich nur auf das Neugeschäft beziehen. Allerdings würden den privaten Krankenversicherungsunternehmen damit die jüngere Generation entzogen und Tarifikalkulationen verlorern weitgehend ihre Basis. Letztlich müssten dem Bestand der PKV Sonderkündigungsrechte eingeräumt werden.

Auch das EU-Recht könnte ein Hindernis für die Einführung einer Bürgerversicherung darstellen. Denn die „Non-life Insurance Directive“ verbietet die staatliche Reglementierung privater Versicherungen, insbesondere im Hinblick auf Akzeptanz von Versicherten, Umfang der Versicherungsleistungen und Versicherungsprämie. Diese Hürde ließe sich jedoch – je nach Organisation der Bürgerversicherung – überwinden, wie das Beispiel der Niederlande zeigt. Allerdings würde die Einführung des Wettbewerbs zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen vermutlich dazu führen, dass auch das EU-Wettbewerbsrecht auf diese Unternehmen angewendet würde. Hierunter fiel beispielsweise auch das Beihilfeverbot, dessen Umsetzung für gesetzliche Krankenversicherungsunternehmen durchaus problematisch werden dürfte.

Letztendlich ist das **Hauptproblem der Bürgerversicherung** jedoch, dass auch dieses Modell die Finanzierungsprobleme des Gesundheitsproblems nur kurzfristig mildern kann. Die Einbeziehung eines größeren Personenkreises in die gesetzliche Krankenversicherung bewirkt lediglich einen einmaligen Finanzierungsschub. Diesem stehen dann allerdings dauerhaft die Ansprüche der „Neu“-Versicherten gegenüber. Angesichts der demographischen Herausforderung kann die Bürgerversicherung keine nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsausgaben sicherstellen, selbst wenn der neu einzubeziehende Personenkreis tatsächlich gesünder sein sollte als die bislang gesetzlich Versicherten.

CDU und CSU verständigten sich in den eigenen Reihen auf den Ansatz einer „solidarischen Gesundheitsprämie“. Die Hauptmerkmale dieses Modells sind:

- Die Trennung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung bleibt erhalten.
- Das gesetzliche Krankenversicherungssystem ist umlagefinanziert, eine spätere Kapitaldeckung soll möglich sein.
- Die Versicherungsprämie setzt sich aus einer persönlichen Gesundheitsprämie und einer Arbeitgeberprämie zusammen. Die persönliche Gesundheitsprämie beträgt für jeden Versicherten 109 EUR. Der Betrag soll 7 % des Einkommens nicht überschreiten. Die Arbeitgeberprämie wird bei 6,5 % des Bruttolohnes angesetzt und festgeschrieben.
- Die Versicherungsprämie ist unabhängig von Alter, Gesundheitszustand, Geschlecht oder Familienstand.
- Arbeitgeber und Sozialversicherungsträger überweisen ihre Beiträge an ein Sondervermögen, aus dem ein Solidarausgleich für Versicherte gezahlt wird, bei denen die Gesundheitsprämie 7 % des Einkommens übersteigen würde.
- Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern ohne eigenes Einkommen entfällt, für Kinder wird keine gesonderte Gesundheitsprämie erhoben. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern wird nach einer Übergangsphase aus Steuermitteln finanziert.

Das System der „solidarischen Gesundheitsprämie“ scheint ein Versuch zu sein, allen Seiten gerecht zu werden. Dadurch wird es jedoch sehr **kompliziert** und zieht einen **hohen Verwaltungsaufwand** nach sich. Es beseitigt weder vollständig die Probleme der einkommensabhängigen Beiträge, noch nutzt es konsequent die Vorteile einer Gesundheitspauschale. Die Aussagen zur Kapitaldeckung bleiben vage. Kurz gesagt: Gravierende Vorteile gegenüber dem derzeitigen Zustand sind nicht erkennbar.

In einem Interview vom 17. November 2005 erklärte die Gesundheitsministerin, die letztendliche Gestaltung des Gesundheitssystems bilde keinen Streitpunkt zwischen den Koalitionspartnern. Man habe sich in den Koalitionsverhandlungen auf die folgenden 3 Kernpunkte einigen können:

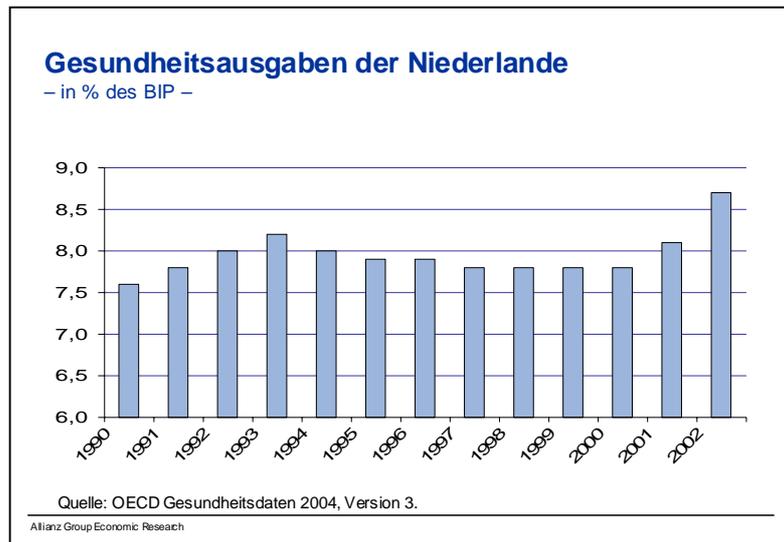
- Menschen, die ihren Versicherungsschutz verloren haben, müssen von ihrer Krankenversicherung wieder aufgenommen werden.
- Es werden gleiche Abrechnungsmodalitäten für privat und gesetzlich Versicherte geschaffen.
- Bei der Neugestaltung des Krankenversicherungssystems will man sich an den Erfahrungen anderer Länder orientieren.

Dies legt die Vermutung nahe, die Bundesregierung könnte sich bei der anstehenden Gesundheitsreform am Beispiel der Niederlande orientieren.

Das neue Krankenversicherungssystem der Niederlande:

Bürgerversicherung mit Kopfpauschale und einkommensabhängigen Beiträgen

Wie auch viele ihrer Nachbarstaaten sehen sich die Niederlande seit Jahren mit massiven Finanzierungsproblemen im Gesundheitswesen konfrontiert. Um diesen begegnen zu können, führen sie ab 1. Januar 2006 ein neues Krankenversicherungssystem ein.



Zu Beginn des kommenden Jahres entfällt die bisherige Trennung zwischen privater und staatlicher Krankenversicherung. Das neue System ist dann privatrechtlich organisiert, weist aber in hohem Maße eine staatliche Reglementierung auf. Die Kernelemente der reformierten Krankenversicherung sind:

- Jeder Einwohner der Niederlande beziehungsweise jeder dort einkommensteuerpflichtig Beschäftigte, muss sich zwingend krankenversichern.
- Das System ist umlagefinanziert, auf (zusätzliche) Kapitaldeckung wird verzichtet.
- Versicherte haben freie Versicherungswahl, sie können das Unternehmen von Jahr zu Jahr wechseln.
- Für Versicherungsunternehmen gelten Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot.
- Versicherer bieten ein Standardleistungspaket an, das dem der bisherigen staatlichen Krankenversicherung entspricht. Der Mindestversicherungsumfang ist staatlich vorgegeben.
- Eine beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern ohne eigenes Einkommen gibt es nicht, Kinder sind beitragsfrei versichert.
- Versicherte ab 18 Jahre müssen eine feste Prämie (Kopfpauschale) direkt an ihr Versicherungsunternehmen zahlen. Zudem zahlen Arbeitgeber für jeden Beschäftigten einen einkommensabhängigen Beitrag. Diese Beiträge fließen in einen Krankenversicherungsfonds, gemeinsam mit einer staatlichen Zahlung für Personen unter 18 Jahren.
- Versicherungsunternehmen legen fest, welche Personen oder Institutionen die Leistung erbringen dürfen. Gleichzeitig regeln sie, ob sie direkt mit den Leistungserbringern abrechnen (Sachleistungsprinzip) oder den Versicherten die Behandlungskosten erstatten (Geldleistungsprinzip).

- Personen, für die die feste Krankenversicherungsprämie eine unverhältnismäßig hohe finanzielle Belastung darstellt, erhalten eine staatliche Beihilfe.
- Ein Risikostrukturausgleich nivelliert die Ausgaben der Versicherungsunternehmen, die durch Unterschiede in der Versichertenstruktur entstehen.

Zunächst ist die private Organisation der niederländischen Krankenversicherung zu begrüßen, sie lässt auf mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen hoffen. Allerdings ist auch dieses System – ähnlich wie der Vorschlag der CDU/CSU in Deutschland – äußerst komplex und erfordert einen ressourcenintensiven Verwaltungsaufwand. Ineffizienzen sind vorprogrammiert.

Grundsätzlich bleibt anzumerken, wenn die Idee einer Bürgerversicherung umgesetzt werden soll, dann wäre eine **privatrechtliche Ausgestaltung** des Modells anderen Ansätzen vorzuziehen. Vorstellbar wäre beispielsweise eine Orientierung am Beispiel der deutschen KFZ-Haftpflichtversicherung. Der Versicherungscharakter müsste im Vordergrund stehen, die Nebenwirkungen für Wachstums- und Beschäftigungspolitik sollten minimiert werden. Kopfpauschalen wären daher einkommensabhängigen Beiträgen vorzuziehen. Zudem müsste die Kapitaldeckung stärker in den Vordergrund treten. Zwar kann auch mit einem umlagefinanzierten System eine nachhaltige Finanzierung erreicht werden, diese erfordert jedoch massive Beitragsanpassungen. So könnte zum einen die junge Generation stärker belastet werden, dies ist jedoch unter Anreizgesichtspunkten extrem problematisch. Zum anderen könnten die Beiträge der älteren Generation ihren Gesundheitsausgaben angepasst werden – eine Maßnahme, die sozialpolitisch kaum vertretbar erscheint. Eine Alternative stellt ein kapitalgedecktes System dar. Doch wie lässt sich mehr Kapitaldeckung im Krankenversicherungssystem verwirklichen?

Deutschland: Ein Modell mit Kapitaldeckung

Vorteile der Kapitaldeckung gegenüber einer Umlagefinanzierung sind in erster Linie eine Glättung der Krankenversicherungsbeiträge über die Zeit, die Erhöhung des Kapitalstocks und die Abkopplung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungsunternehmen von der Entwicklung der Lohn- und Renteneinkommen. Häufig hört man daher die Forderung, das System der Kapitaldeckung, wie es bei den privaten Krankenversicherungsunternehmen besteht, auf die gesetzlichen Krankenkassen zu übertragen. Bei diesem Ansatz sparen die Versicherten einer Alterskohorte über den Risikopool einer Versicherung. Doch diese Lösung wäre aus verschiedenen Gründen problematisch. Bislang können Versicherte „ihre“ Altersrückstellungen beim Wechsel des Anbieters nicht mitnehmen. Dies hat zur Folge, dass es für Versicherte ab einem bestimmten Alter nahezu unmöglich wird, eine neue Krankenversicherung zu wählen. Sie gelten als hohes Risiko und hätten eine sehr hohe Prämie zu zahlen. Dieses Wettbewerbshemmnis ließe sich nur durch portable Altersrückstellungen beheben. Es existieren verschiedene Vorschläge, wie die Mitgabe von Altersrückstellungen bewerkstelligt werden könnte. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hält beispielsweise eine Pool-Lösung für denkbar. Der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen hat im Juni 2004 einen Vorschlag zur Portabilität von Altersrückstellungen gemacht, allerdings wäre sie danach auch nur in sehr eingeschränktem Maße möglich.

Probleme bei der Bildung eines kollektiven Kapitalstocks in der gesetzlichen Krankenversicherung wären eher ordnungspolitischer Natur. Zum einen könnte der Staat durch den zu verwaltenden hohen Vermögensbestand den Kapitalmarkt erheblich beeinflussen. Zum anderen könnte der Kapitalstock nicht mit letzter Sicherheit vor einem staatlichen Zugriff und vor Zweckentfremdung geschützt werden.

Das entscheidende Hindernis auf dem Weg zur Kapitaldeckung für gesetzlich Versicherte stellen jedoch die Umstellungskosten dar. Der Kronberger Kreis schätzt in einer Veröffentlichung aus dem August 2005, dass es zwischen 700 und 800 Mrd. EUR kosten würde, Altersrückstellungen für gesetzlich Versicherte nach dem Vorbild der privaten Krankenversicherer zu bilden. Diese Summe, die nach Ansicht des Expertengremiums über einen staatlichen Fonds gesichert werden soll, beläuft sich auf annähernd 50 % der bisherigen Gesamtverschuldung der öffentlichen Haushalte. Nicht nur der Stabilitäts- und Wachstumspakt steht einer derart massiven Erhöhung der Staatschulden entgegen.

Der Sachverständigenrat beziffert die Umstellungskosten in seinem Jahresgutachten 2004/2005 ebenfalls auf mehrere hundert Milliarden Euro und hält daher diesen Weg zur Bildung eines Kapitalstocks für nicht umsetzbar. Die Wirtschaftsweisen schlagen daher ein reformiertes umlagefinanziertes System vor, nach dem eine Basisversicherung für die gesamte Wohnbevölkerung verbindlich sein soll. Weitere Merkmale des Konzeptes sind:

- Ehepartner ohne eigenes Einkommen sind nicht beitragsfrei mitversichert, die beitragsfreie Versicherung von Kindern kann bestehen bleiben
- Die Beiträge werden in Form von einkommensunabhängigen Pauschalbeiträgen erhoben. Die Arbeitgeberbeiträge werden in einen Bruttolohnbestandteil umgewandelt und als steuer- und sozialversicherungspflichtiges Einkommen ausbezahlt.
- Die Trennung von privaten und gesetzlichen Krankenversicherungsunternehmen bleibt zunächst erhalten. Im Zuge des entstehenden Wettbewerbes könnte sie jedoch in Zukunft entfallen, die effizientere Unternehmensform würde sich durchsetzen.
- Jedes Versicherungsunternehmen legt die Höhe der Beiträge entsprechend der durchschnittlichen Gesundheitskosten seiner Versicherten fest. Eine Differenzierung nach Alter, Gesundheitszustand oder Geschlecht ist nicht zulässig.
- Für Versicherer, die die Basisversicherung anbieten, besteht Kontrahierungszwang.
- Ein sozialer Ausgleichsmechanismus soll sicherstellen, dass Menschen mit geringem Einkommen nicht über Gebühr belastet werden.

In diesem Modell würde die Gesundheitsprämie bei beitragsfreier Mitversicherung von Kindern bis 20 Jahren 198 EUR im Monat betragen. Grundlage wäre der bisherige Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Krankengeld. Die Kosten des sozialen Ausgleichs für einkommensschwache Bevölkerungsschichten beziffert sich in diesem Modell auf etwa 30 Mrd.EUR. In ähnlich hohem Maße findet Umverteilung im derzeitigen Krankenversicherungssystem statt. Ihre Verlagerung ins Steuer- und Transfersystem ist ein seit langem überfälliger Schritt.

Je nach Annahme über die zukünftige Entwicklung der Gesundheitsausgaben würde diese „Bürgerpauschale“ bis zum Jahr 2050 auf einen Betrag zwischen 500 und 800 EUR ansteigen. Daher hält der Sachverständigenrat die zusätzliche Bildung eines Kapitalstocks für ratsam. Hierzu schlägt er aus den oben angeführten Gründen die individuelle, externe Kapitaldeckung vor. Damit glättet jeder Versicherte seinen persönlichen Krankenversicherungsbeitrag über die Zeit: Solange er jung ist und seine Gesundheitsausgaben niedrig sind, legt er Erparnis an, die im Alter, wenn seine Gesundheitsausgaben steigen, sukzessive aufgelöst und zu deren Finanzierung herangezogen wird. In einer Beispielrechnung ergab sich für einen 30-jährigen Mann ein Sparbetrag in Höhe von 98 EUR, für eine gleichaltrige Frau beliefe er sich wegen der höheren Lebenserwartung auf 108 EUR¹. Diese Ersparnisbildung müsste für alle Versicherten verpflichtend sein. Ansonsten besteht das moralische Risiko, dass Menschen auf eine individuelle Vorsorge verzichten und im Alter auf die soziale Verpflichtung der Gesellschaft bauen. Schreibt der Staat jedoch die Kapitaldeckung vor, dann muss er denjenigen einen Zuschuss gewähren, die sich diese Ersparnis aus eigenen Mitteln nicht leisten können. Den dadurch entstehenden Zuschussbedarf siedeln die Wirtschaftsweisen bei anfänglich rund 34,5 Mrd. EUR an. Dieser könnte zum Teil durch die Auszahlung und Versteuerung des Arbeitgeberanteils finanziert, der Rest müsste aus Steuermitteln erbracht werden.

Dieser Ansatz erscheint von allen Bürgerversicherungsmodellen am ehesten – auch dauerhaft – in die Praxis umsetzbar zu sein. Grundsätzlich ergeben sich zwar einige der oben genannten Probleme auch bei der Bürgerpauschale, allerdings nicht ohne Aussicht auf eine Lösung. Insbesondere ist die Frage relevant, wie die Bestände der privaten Krankenversicherung behandelt werden müssten. Sie könnten beispielsweise in das neue System übertragen werden, wenn man den einzelnen Versicherten die Altersrückstellungen individuell zurechnete. Für den Fall, dass sie nicht in ausreichender Höhe bestehen und Prämienanpassungen erforderlich würden, ergäbe sich auch hier die Notwendigkeit für einen staatlichen Zuschuss. Zu überlegen wäre auch, die Systeme der privaten Krankenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung mit zusätzlicher individueller Kapitalbildung nebeneinander bestehen zu lassen. Eine Folge wäre jedoch, dass die Beiträge (Kopfpauschale und Sparanteil) in der gesetzlichen Krankenversicherung höher lägen als vom Sachverständigenrat berechnet.

¹ Dieser Berechnung liegt die Annahme eines über die Restlebenserwartung real konstanten Zahlbetrags (Bürgerpauschale zuzüglich Sparbeitrag) zugrunde. Nimmt man einen im Vergleich zum Durchschnittseinkommen konstanten Beitrag an, ergibt sich – je nach unterstelltem Anstieg des Durchschnittseinkommens – ein deutlich niedrigerer Sparbetrag.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit: Pressemitteilung: Keine Menschen zweiter Klasse – Gesundheitsministerin Ulla Schmidt plant radikale Reform – im Einverständnis mit der Union, Berlin, November 2005

Bundesministerium für Gesundheit: Pressemitteilung: Positive Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im 1. – 3. Quartal 2005, Berlin, Dezember 2005

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände: Forderungen zu einer nachhaltigen Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin, Mai 2005

CDU/CSU: Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämienmodell, November 2004

Die finanz- und wirtschaftspolitischen Leitlinien der neuen Bundesregierung, Monatsbericht des BMF, Dezember 2005

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Health Insurance in the Netherlands – The new health insurance system from 2006, Den Haag, September 2005

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05, Wiesbaden, 2004

SPD: Die solidarische Bürgerversicherung – Fakten und Argumente, Berlin, September 2004