



Hans **Böckler**
Stiftung 

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

Finanzreform der Gesetzlichen Krankenversicherung zwischen Bürger- versicherung und Pauschalprämie

Einführung in die Dokumentation einer Tagung
der Hans-Böckler-Stiftung



Impressum

Herausgeber: Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf

Kontakt: Dr. Erika Mezger
Leiterin der Abteilung
Forschungsförderung

Druck: HOYER druck + service
GmbH, Moers

Gestaltung
und Satz: www.teamADwork.de

Bestellnummer: 30295
Printed in Germany Juni 2006

Inhalt

Finanzreform der Gesetzlichen Krankenversicherung zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie – Einführung in die Dokumentation einer Tagung der Hans-Böckler-Stiftung	4
Pauschalprämien – ein Konzept mit Zukunft für die Gesetzliche Krankenversicherung? Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherung: Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung	8
Einnahmen, Ausgaben und Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung bis 2030	12
Stabilisierung der Finanzierungsbasis und umfassender Wettbewerb in einem integrierten Krankenversicherungssystem	18
Bürgerprämien für die Krankenversicherungen als Alternative zu den Reformvorschlägen Kopfpauschale und Bürgerversicherung	22

Finanzreform der Gesetzlichen Krankenversicherung zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie

Prof. Dr. Jürgen Wasem & Dr. Stefan Greß Universität Duisburg-Essen

Die Gesetzliche Krankenversicherung befindet sich in einer strukturellen Finanzkrise. Indikator dafür ist nicht nur, dass die Beitragssätze in den letzten zwei Jahrzehnten zumeist eine steigende Tendenz aufwiesen und ihr Anstieg immer nur für eine kurze Dauer durch Gesundheitsreformen (zumeist durch erhöhte Zuzahlungen oder gekürzte Leistungen) gebremst werden konnte. Kennzeichnend ist vielmehr auch, dass die Wachstumsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder systematisch hinter dem allgemeinen Wirtschaftswachstum (festgemacht insbesondere an der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes) zurückbleibt: In den letzten 15 Jahren war das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV nur in zwei Jahren gleich oder stärker als das des Bruttoinlandsproduktes, in den übrigen Jahren (teilweise deutlich) geringer. Insoweit haben die gesetzlichen Krankenkassen ein Einnahmenproblem. Es ist gegenwärtig nicht erkennbar, dass diese Situation sich von selber lösen würde. Vielmehr wird tendenziell aufgrund der demographischen Entwicklung (Rentner mit ihren niedrigeren Einnahmen als Erwerbstätige werden anteilmäßig zunehmen) auf mittlere Sicht eine Verschärfung erwartet.

Dieses Einnahmenproblem ist auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen: Diese liegen teilweise in der Politik, die in der Vergangenheit (egal in welcher Regierungskonstellation) immer wieder Regelungen beschlossen hat, mit denen die Einnahmenbasis der GKV geschwächt wurde, hingegen die Finanzbasis der Rentenversicherung und der Arbeitsförderung (und indirekt des Bundeshaushalts) gestärkt wurden (Beske 2004). Zum anderen ist die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt verantwortlich: die geringeren Beitragszahlungen für Arbeitslose, aber auch die Zunahme von Minijobs, prekären Beschäftigungsverhältnissen etc. (kurzum alles, was unter dem „Ende des Normalarbeitsverhältnisses“ diskutiert wird). Eine weitere Ursache ist in der unterschiedlichen Entwicklung der beitragspflichtigen und der nicht-beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten zu sehen: das Wachstum der Einnahmen insbesondere aus Kapitalvermögen und unternehmerischer Tätigkeit ist stärker als das der Einkommen aus abhängiger Beschäftigung bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Schließlich ist für die Einnahmenschwäche

auch zu einem gewissen Teil die Möglichkeit für bestimmte Versichertengruppen die per Saldo „Nettozahler“ sein dürften (also Personen, die in der GKV höhere Beiträge zahlen als Leistungen in Anspruch nehmen würden), verantwortlich, die gesetzliche Krankenversicherung verlassen zu können, also insbesondere Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der GKV-Versicherungspflichtgrenze sowie Selbständige. Es gilt daher weithin als notwendig, durch eine grundsätzliche Finanzierungsreform der GKV die Einnahmenbasis zu stärken. Auch die Regierungskoalition aus CDU, CSU und SPD hat dies zu einer zentralen Notwendigkeit für das Gesundheitswesen erklärt. Begleitet werden muss die Finanzreform durch weitere Veränderungen auf der Ausgaben- und Versorgungsseite, um die Effizienz und Effektivität der Versorgung bei begrenzten Mitteln zu verbessern. Denn die Frage, wie wir das Gesundheitswesen finanzieren, enthebt nicht von der Notwendigkeit, kontinuierlich die Voraussetzungen für Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Mittelverwendung zu verbessern.

Weitgehende Einigkeit in der Diagnose, starker Dissenz über die Therapie – so lässt sich der gegenwärtige Stand der Diskussion umschreiben: Während über die Notwendigkeit einer Finanzreform weitgehend – mit Ausnahme der privaten Krankenversicherung, die davon ausgeht, es bestünde nur ein Ausgaben-, hingegen kein Einnahmenproblem in der GKV (Schulze-Ehring 2004) – Konsens herrscht, werden sehr unterschiedliche Lösungsvorschläge entwickelt. Die Debatte wird hierbei aufgespannt von den – auch populär und wahlkampftauglich aufbereiteten – Gegensatzpaaren von „Bürgerversicherung“ (Bündnis 90 Die Grünen 2004; Bündnis 90/ Die Grünen 2004; Projektgruppe Bürgerversicherung des SPD-Parteivorstands 2004) und „Gesundheitsprämie“ (CDU/CSU 2004). Diese Modelle beanspruchen jedes für sich, auf die Diagnose „Einnahmenschwäche der GKV“, eine Antwort geben zu wollen. Bei „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämie“ handelt es sich jeweils um „Modelle“. Sie wollen verstanden werden als geschlossene Konzepte, die auf mehrere Fragen des Finanzierungsthemas gleichzeitig eine Antwort geben.

Im Einzelnen geht es hierbei um die folgenden Dimensionen:

- **Versicherter Personenkreis:** Während das Modell der Bürgerversicherung, und hierdurch hat es seinen Namen bekommen, alle Bürger in ein einheitliches Versicherungssystem einbeziehen will, ist dies bei Anhängern einer Pauschalprämie uneinheitlich: Teilweise wollen diese keine Veränderungen an der Dualität des Versicherungssystems aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände 2004; CDU/CSU 2004), teilweise wollen sie – und daher kommt der Begriff der „Bürgerprämie“ (Wagner 2003) – ebenfalls alle Bürger einbeziehen (aber die Finanzierung anders lösen als die Anhänger der Bürgerversicherung). Sofern die Privatversicherten in ein einheitliches Versicherungssystem einbezogen werden sollen, ist zudem die Frage zu erörtern, ob dies auch für die heute bereits privat Krankenversicherten gelten soll, oder ob für diese eine Bestandsschutzregelung gilt, künftig aber die Möglichkeit, eine private Krankenversicherung nach den bisherigen Spielregeln zu wählen nicht mehr gegeben sein soll. Nachdem ein von der Hans-Böckler-Stiftung gefördertes Projekt auf ein wachsendes Problem der Nicht-Versicherung aufmerksam gemacht hat (Greß et al. 2005a), ist auch die Lösung dieser Frage in den Horizont der diskutierten Modelle getreten (und hat sich mit einer Lösungsabsicht in der Koalitionsvereinbarung niedergeschlagen).
- **Beitragsbemessung:** Eine Ausweitung der Finanzierung durch einkommensabhängige Beiträge ist Bestandteil des Konzepts der Bürgerversicherung, wobei es im einzelnen Unterschiede gibt: So will die SPD (2004) nur Kapitaleinkünfte einbeziehen, während im Bürgerversicherungskonzept von Bündnis 90/Die Grünen (2004) eine Ausweitung der Beitragspflicht auf alle steuerrechtlich relevanten Einkunftsarten vorgesehen ist. Beide wollen auf die eine oder andere Weise sogleich die heutige Beitragsbemessungsgrenze anheben. Demgegenüber ist für das Pauschalprämienmodell charakteristisch, dass die Einkommensumverteilung aus der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen wird, indem dort alle Versicherten (zumindest: alle Erwachsenen), die bei einer Krankenkasse versichert sind, eine einheitliche, einkommensunabhängige (eben: pauschale) Prämie zahlen sollen. Für Einkommensschwache ist in Pauschalprämienmodellen eine Belastungsgrenze (typischerweise als Prozentsatz des Haushaltseinkommens) vorgesehen, jenseits derer sie Anspruch auf eine Subvention ihres Krankenversicherungsbeitrags haben. Die genaue Ausgestaltung dieser Subvention, sowie insbesondere ihre Finanzierung unterscheidet sich zwischen den unterschiedlichen Varianten von Pauschalprämien erheblich (Wasem et al. 2005). Überwiegend wird vorgeschlagen, dass diese Finanzmittel aus Steuermitteln aufgebracht werden sollen (z.B. Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme 2003), jedoch sind auch Varianten vorgestellt worden, die die Finanzierung der Transfers an die Geringverdiener über entsprechend höhere Beiträge zur Krankenversicherung generieren wollen (Fritzsche 2004; Rürup / Wille 2004).
- **Familienkomponenten:** Im Konzept der Bürgerversicherung ist grundsätzlich eine Beibehaltung der beitragsfreien Familienversicherung vorgesehen. Allerdings haben Bündnis 90/Die Grünen in ihrem Modell etwa die Einführung des sog. „negativen Ehegattensplittings“ vorgesehen, was auf eine Verdoppelung der Beitragsbemessungsgrenze für Einverdienerhaushalte hinausläuft. Sämtlichen Modellen der Pauschalprämie ist zunächst gemeinsam, dass die beitragsfreie Ehegattenversicherung abgeschafft werden soll. Einige dieser Modelle einer Pauschalprämie wollen demgegenüber an der beitragsfreien Kinderversicherung heutigen Typs festhalten (Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme 2003; Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände 2004). Anderen Pauschalprämienmodellen schwebt hingegen eine Beitragszahlung auch für Kinder durch ihre Eltern (Knappe / Arnold 2002) oder aus Steuermitteln (CDU/CSU 2004) vor.

- Arbeitgeberbeitrag: In den Bürgerversicherungsmodellen wird im allgemeinen von einer Beibehaltung der paritätischen Finanzierung des allgemeinen Beitragssatzes zwischen Arbeitgebern und Versicherten ausgegangen, wobei diese Position bei Bündnis 90/ Die Grünen (2004) weniger unkonkonditional ist als beim SPD-Modell. In den Modellen einer Pauschalprämie wird im allgemeinen hingegen eine (ggfs. steuerpflichtige) Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags vorgesehen; im CDU/CSU-Modell (2004) bleibt der Arbeitgeberbeitrag hingegen als einkommensbezogener Beitrag (mit einem festgeschriebenen Beitragssatz von 6,5 %) erhalten; entsprechend wird hier über die Pauschalprämie nur ein Teil der Gesundheitsausgaben finanziert.
- Umlage oder Kapitaldeckung? Die Bürgerversicherungsmodelle sowie die meisten der diskutierten Pauschalprämienmodelle (z.B.: Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme 2003; Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände 2004) wollen explizit oder zumindest implizit bei dem auch gegenwärtig in der GKV realisierten Umlageverfahren bleiben. Vereinzelt sind Modelle vorgeschlagen worden, die den Übergang zur Pauschalprämie mit einem Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren verbinden wollen (z.B.: Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme 2003; FDP 2004). In der Übergangszeit vom Umlageverfahren zur Kapitaldeckung sind zusätzliche Transfers an diejenigen erforderlich, deren Einkommen nicht ausreicht oder die schon zu alt sind, einen Kapitalstock aufzubauen.

Aus den Gestaltungsoptionen hinsichtlich dieser unterschiedlichen Dimensionen lassen sich vielfältige Varianten von Bürgerversicherung oder Gesundheitspauschale ableiten. Diese werden sich in ihren Wirkungen auf die Allokation (also die Frage nach der Effizienz), auf die Verteilung (in interpersoneller, aber auch intergenerationeller Hinsicht) sowie hinsichtlich ihrer fiskalischen Effekte unterscheiden. Damit ist die Beurteilung von solchen Reformmodellen – als Basis für eine eigene, immer auch wertorientierte Positionierung nicht nur eine Frage konzeptioneller Überlegungen, sondern auch von quantitativ-empirischen Analysen. So wie

es nicht das Modell der Bürgerversicherung oder Gesundheitspauschale gibt, gibt es auch nicht die Wirkung, sondern unterschiedliche Modellvarianten führen zu unterschiedlichen Wirkungslagen, etwa auch zu unterschiedlichen Gruppen von Gewinnern bzw. Verlierern eines Überganges ausgehend vom Status quo.

Vor diesem Hintergrund hat die Hans-Böckler-Stiftung mehrere Studien vergeben, die jeweils unterschiedliche qualitative-konzeptionelle und quantitativ-empirische Fragestellungen zur GKV-Finanzierungsreform untersuchen. Diese sind gesondert veröffentlicht (Greß et al. 2005c; Albrecht et al. 2006; Prognos AG 2006). Auf einer Transfer-Tagung am 10. Februar 2006 sind die wesentlichen Ergebnisse der Forschungsprojekte vorgestellt worden. In dieser Broschüre werden die Folienpräsentationen zu den Projekten zur Verfügung gestellt. Diese sind notwendigerweise gegenüber den veröffentlichten Forschungsprojekten stark verdichtet. Auch müssen sie Vereinfachungen vornehmen. Sie bieten aber gerade dadurch einen guten, knappen Überblick über die Finanzierungsreform zwischen Bürgerversicherung und Pauschalprämie.

Bis zur Bundestagswahl vom 18. September 2005 war die Debatte insbesondere durch die Gegenüberstellung von Bürgerversicherung und Pauschalprämie geprägt. Jedoch waren auch vermittelnde Positionen von Beginn an in der Debatte zu vernehmen gewesen. So ist etwa das Konzept der bereits erwähnten „Bürgerpauschale“ (Wagner 2003) in gewisser Weise als ein solcher Kompromiss verstehbar – hinsichtlich der vorgeschlagenen Regelungen zum versicherten Personenkreis folgt die Bürgerpauschale der Bürgerversicherung, hinsichtlich der Finanzierung hingegen orientiert sie sich am Modell der Gesundheitsprämie. Auch der Vorschlag des Einbezugs der privaten Krankenversicherung in den Risikostrukturausgleich (Wasem 2004; Lauterbach et al. 2006) versteht sich als ein solcher vermittelnder Vorschlag, da er die Regelungen zum versicherten Personenkreis nicht verändert, aber einen Solidarbeitrag der privat Krankenversicherten entsprechend zumindest ihres im Durchschnitt höheren Einkommens, ggfs. auch hinsichtlich ihrer besseren Risikostruktur vorsieht.

In jüngster Zeit wird mit Verweis auf das so genannte „holländische Modell“ ein weiterer, vermittelnder Vorschlag intensiver diskutiert: In den Niederlanden ist zum Jahresbeginn 2006 eine allgemeine Pflichtversicherung eingeführt worden (damit ist also ein zentraler Gedanke des Konzeptes der Bürgerversicherung umgesetzt worden); finanziert wird die neue holländische Krankenversicherung durch sowohl einen einkommensabhängigen als auch einen pauschalen Beitragsteil; die Pauschalprämie deckt dabei rund die Hälfte der Ausgaben der Krankenkassen. Zugleich hat der holländische Gesetzgeber die Krankenkassen „privatisiert“, d.h. in eine privatrechtliche Organisationsform überführt, und die wettbewerblichen Gestaltungsspielräume der Versicherer sowohl im Leistungsrecht als auch in den Beziehungen zu den Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäuser) ausgeweitet (Greß et al. 2005b). Nach der holländischen Reform weist nur noch Deutschland ein nichteinheitliches Versicherungssystem (Vollversicherung in GKV und PKV mit unterschiedlichen beitragsrechtlichen Spielregeln) auf.

Diese jüngsten Debatten spiegeln sich naturgemäß in der vorliegenden Broschüre nur in Ansätzen wider. Die hier abgedruckten Analysen vermitteln gleichwohl das notwendige Hintergrundwissen, das die Einordnung aktueller Reformvorschläge und internationaler Bezüge erleichtert. Mit den Expertisen will die Hans-Böckler-Stiftung zur Versachlichung der Diskussion um die Finanzierungsreform in der Krankenversicherung beitragen. Damit kommt sie ihrem Auftrag nach, Beiträge zur Weiterentwicklung der sozialen Sicherungssysteme zu leisten.

Literatur:

Albrecht, Martin /Hofmann, Jürgen /Reschke, Peter /Schiffhorst, Guido /Sehlen, Stephanie (2006): Stabilisierung der Finanzierungsbasis und umfassender Wettbewerb in einem integrierten Krankenversicherungssystem. Forschungsauftrag im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Berlin.

Beske, Fritz (2004): Zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Politische Entscheidungen 1977 - 2004 und andere Tatbestände, Kiel.

Stiftung igsf, Band 101. Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (2004): BDA-Finanzierungskonzept für das Gesundheitsprämienmodell. Berlin.

Bündnis 90 Die Grünen (2004): Beschluss: Leistungsfähig - solidarisch - modern. Die grüne Bürgerversicherung. 23. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz. 2./3. Oktober 2004, Kiel, Ostseehalle.

CDU/CSU (2004): Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell. Berlin.

Schulze-Ehring, Frank (2004): Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung. Köln, Wissenschaftliches Institut der PKV.

FDP (2004): Privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle - die auf Wettbewerb begründete liberale Alternative. Dresden, Beschluss des 55. Ordentlichen Bundesparteitags der FDP.

Fritzsche, Bernd (2004): "Verteilungspolitische Aspekte einer Umstellung der Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung auf Pauschalprämien in Verbindung mit Ausgleichszahlungen." RWI : Mitteilungen 54/55(1), S. 51-58.

Greß, St. /Walendzik, A. /Wasem, J. (2005a): "Nicht-Versicherung im deutschen Krankenversicherungssystem - Gesundheitspolitische Handlungsoptionen." Die BKK(12/2005), S. 546-547.

Greß, Stefan /Groenewegen, Peter /Hoepfner, Karin (2005b): "Die Reform-Mühle dreht sich wieder." Gesundheit und Gesellschaft 8(2), S. 20-25.

Greß, Stefan /Pfaff, Anita B. /Wagner, Gert G., Hrsg. (2005c): Zwischen Kopfpauschalen und Bürgerprämie. Düsseldorf, Hans-Böckler-Stiftung.

Pauschalprämien – ein Konzept mit Zukunft für die Gesetzliche Krankenversicherung?

Prof. Dr. Jürgen Wasem & Dr. Stefan Greß Universität Duisburg-Essen
Prof. Dr. Heinz Rothgang Universität Bremen

(Behauptete) Vorteile von Pauschalprämien

1. Höhere Nachhaltigkeit der Finanzierung
2. Mehr Beschäftigung
3. Mehr Anreize zur Arbeitsaufnahme
4. Mehr Verteilungsgerechtigkeit
5. Höhere Effizienz des Krankenversicherungsmarktes
6. Wegfall bzw. Reduzierung des RSA
7. Gleiche Wettbewerbsbedingungen für PKV und GKV
8. Glättung der Folgen des demografischen Wandels

Höhere Nachhaltigkeit der Finanzierung?

Hintergrund:

Steuerfinanzierung der Umverteilung zu Gunsten von Geringverdienern und zu Gunsten von Personen mit Kindern

Bewertung:

Nachhaltigkeit wird durch Berücksichtigung anderer Einkommensarten gestärkt

Aber:

Finanzierung aus dem Staatshaushalt ist seinerseits nicht nachhaltig (Tabaksteuer!)

Berücksichtigung andere Einkommensarten auch bei einkommensabhängigen Beiträgen möglich

Mehr Beschäftigung?

Hintergrund:

Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten durch Pauschalprämien

Bewertung:

Entkopplung von Gesundheits- und Wirtschaftspolitik ist positiv zu bewerten

Aber:

Beschäftigungseffekte sind mehr als fraglich

Entkopplung von steigenden Gesundheitskosten und Arbeitskosten ließe sich auch durch Einfrieren/Auszahlen des Arbeitgeberanteils bei einkommensabhängigen Beiträgen erreichen

Mehr Anreize zur Arbeitsaufnahme?

Hintergrund:

Negative Anreize zur Aufnahme legaler Beschäftigung entfallen

Bewertung:

In einem reinen System von Pauschalprämien ist das Argument korrekt

Aber:

Negative Anreize durch Transfersystem (Wegfall von Transfers bei steigendem Einkommen)

Steuererhöhungen zur Finanzierung des Transfersystems erhöhen die Abgabenlast

Mehr Verteilungsgerechtigkeit?

Hintergrund:

Ungerechte Verteilungswirkungen im Status quo einkommensabhängiger Beiträge werden vermieden

Bewertung:

Theoretisch ist die Pauschalprämie mit Transfermechanismus verteilungspolitisch treffsicherer als die heutige GKV-Finanzierung

Aber:

Praktisch werden die Geringverdiener meist mehr belastet (Mitfinanzierung der Transfers durch die Empfänger)

Mehr Gerechtigkeit einkommensabhängiger Beiträge ist möglich (z.B. negatives Ehegattensplitting)

Effizienterer Krankenversicherungsmarkt?

Hintergrund:

Verzerrung der Preissignale des Gutes Krankenversicherungsschutz im Status quo

Bewertung:

Es trifft zu, dass Zu- und Abwahlen im Leistungskatalog der GKV mit Pauschalprämien besser organisiert werden können

Aber:

Zu- und Abwahlen sind höchst problematisch (Selbstselektion)

Für mehr Vertragswettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit sind Kopfprämien nicht notwendig

Wegfall bzw. Reduzierung des RSA?

Hintergrund:

Finanzkraftausgleich wegen unterschiedlich hoher beitragspflichtiger Einnahmen entfällt

Bewertung:

Das Umverteilungsvolumen des RSA geht deutlich zurück.

Aber:

Die Höhe des Umverteilungsvolumens ist kein Beurteilungskriterium für die Qualität des RSA

Effektiver Ausgleich des Beitragsbedarfs ist unabhängig von der Art der Beitragskalkulation

Gleiche Wettbewerbsbedingungen PKV/GKV

Hintergrund:

„Bürgerpauschale“ führt zu einem einheitlichen Versicherungssystem

Bewertung:

Einige der Vorschläge sehen in der Tat die Einführung gleicher Wettbewerbsbedingungen vor

Aber:

Die Entscheidung über das zukünftige Verhältnis zwischen PKV und GKV ist unabhängig von der Art der Beitragskalkulation in der GKV

Berücksichtigung der Quersubventionen zu Gunsten der GKV

Glättung der demografischen Risiken?

Hintergrund:

Einige Modelle verbinden Pauschalprämien mit kollektiver Kapitaldeckung

Bewertung:

Kapitaldeckung kann eine intertemporale Glättung der Prämienbelastung leisten

Aber:

Auch kapitalgedeckte Systeme sind unter makroökonomischer Perspektive nicht immun gegen den demografischen Wandel

Kapitaldeckung bedeutet Doppelbelastung der heute Erwerbstätigen und erfordert noch mehr staatliche Transfers

Schlussfolgerungen (1)

Zur Verbesserung der GKV-Finanzierungsbasis ist die Pauschalprämie weder notwendig noch hilfreich

Pauschalprämien führen nicht

- zu nennenswerten Beschäftigungseffekten
- zu mehr Verteilungsgerechtigkeit
- zu mehr Effizienz im Kassenwettbewerb

Der RSA bleibt auch bei Pauschalprämien notwendig

Pauschalprämien mit Kapitaldeckung sind nur in Grenzen „demografieresistent“

Schlussfolgerungen (2)

Auch das System mit einkommensabhängigen Beiträgen ist entwicklungsfähig, z. B. durch:

- Einbezug anderer Einkunftsarten in die Beitragspflicht
- Einfrieren/Auszahlen des Arbeitgeberbeitrags
- Negatives Ehegattensplitting
- Einführung Vertragswettbewerb
- individuelle Kapitaldeckung

Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherung: Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung

von der Hans-Böckler-Stiftung gefördertes Forschungsprojekt

Prof. Dr. Anita B. Pfaff, Prof. Dr. Martin Pfaff, Dr. Bernhard Langer, Dr. Florian Mamberer
Institut für Volkswirtschaftslehre der Universität Augsburg und
Internationales Institut für empirische Sozialökonomie (INIFES)

Referat bei der Transfertagung der Hans-Böckler-Stiftung „Bürgerversicherung und Kopfpauschale –
Gegenwartsanalyse und Zukunftsoptionen“ Berlin, 10. Februar 2006

Gliederung: Ausgewählte Ergebnisse

1. Realtypische Ansätze der Reform
2. Kopfpauschalen und Bürgerversicherung im Vergleich
3. Auswirkungen von Veränderung in der Rentenversicherung auf die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Ansätze der GKV-Finanzierungsreform

Bürgerversicherung Erweiterung der Solidarität innerhalb des Systems

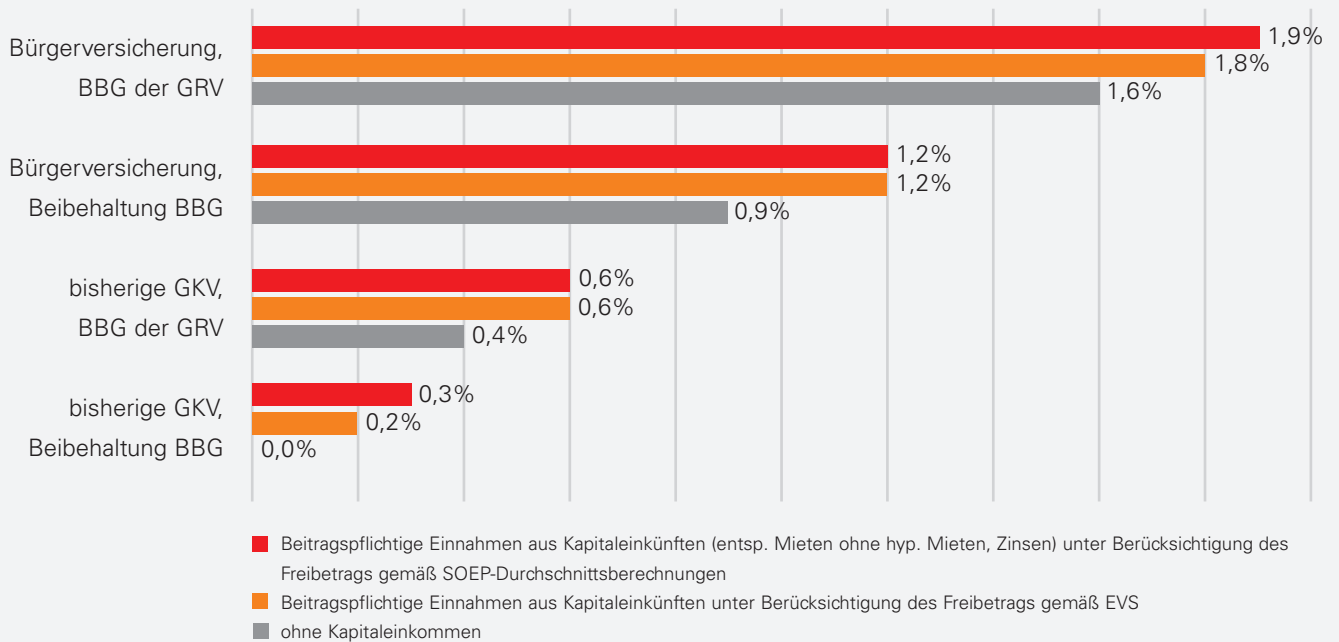
Beiträge nach Zahlungsfähigkeit
Ausweitung des Personenkreises auf
„bessere Risiken“
Ausweitung der Beitragsbasis auf wei-
tere Einkunftsarten
Keine zusätzlichen Mittel von außerhalb
der Versicherung

Bürgerversicherung Erweiterung der Solidarität außerhalb des Systems

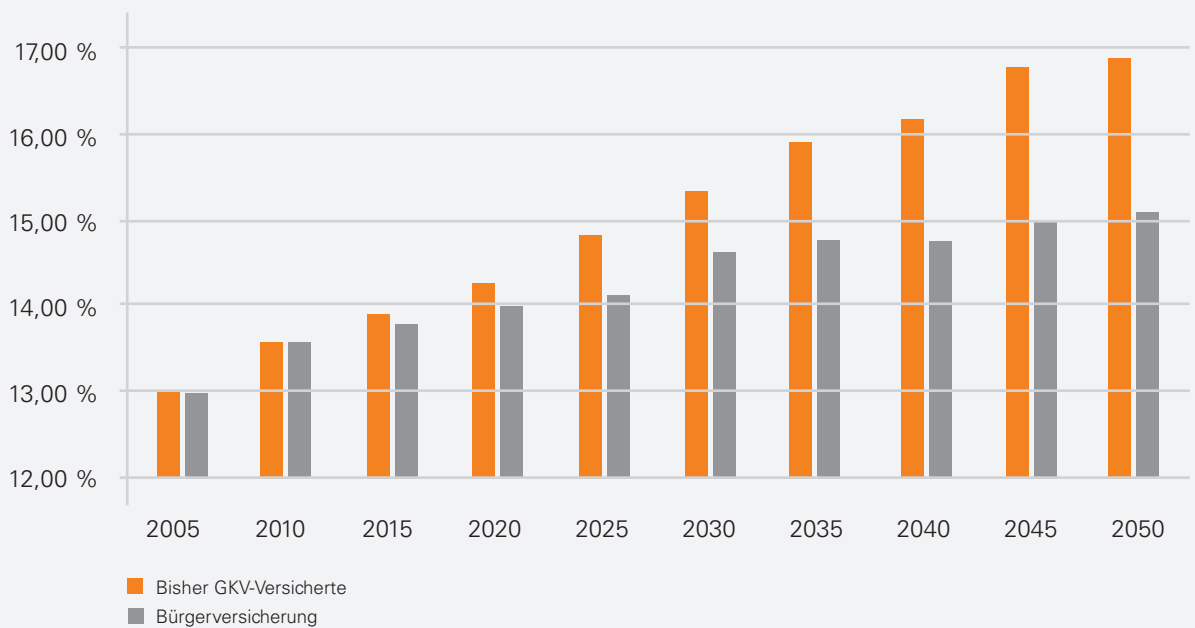
Beiträge eher nach Äquivalenz
Beibehaltung des Personenkreises
Verwendung gedeckelter
Arbeitgeberbeiträge
Ausweitung der Finanzquellen auf
Steuermittel

Reform der
GKV-Finanzierung

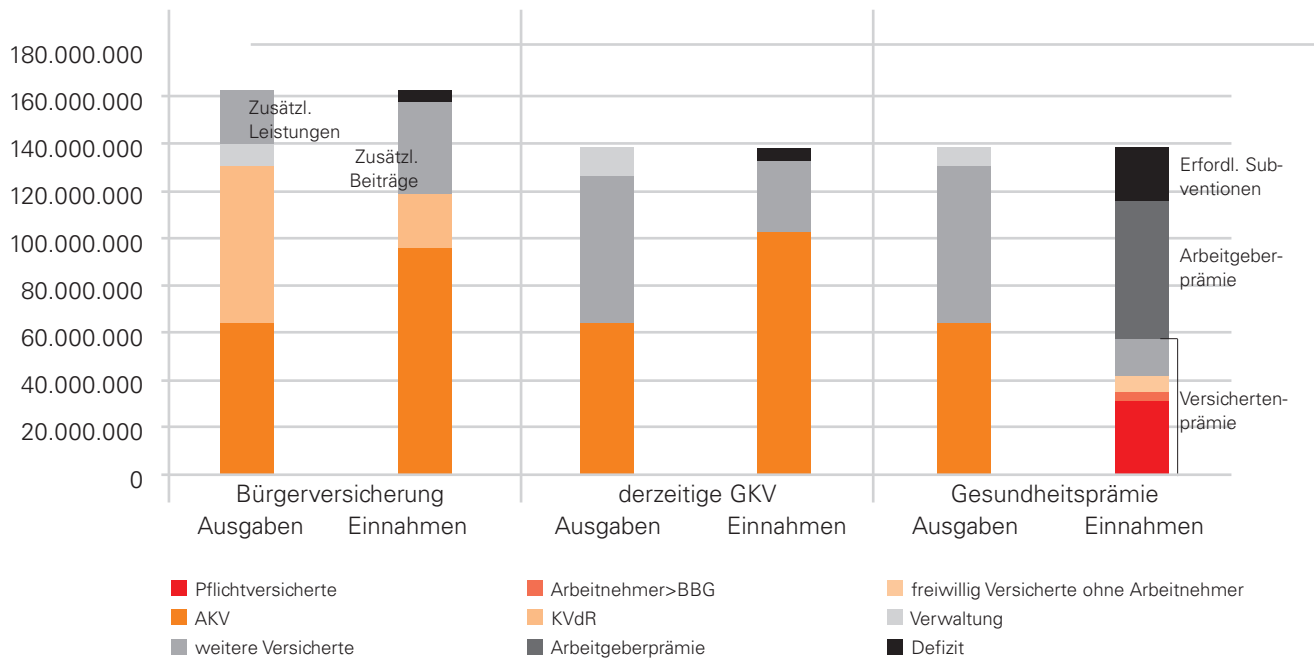
Beitragssenkung bei sofortiger Umsetzung der Bürgerversicherung 2003



Beitragssenkung bei sofortiger Umsetzung der Bürgerversicherung 2003



Leistungsausgaben und ihre Finanzierung in alternativen Modellen



Gegenfinanzierung der notwendigen Subventionen der Kopfpauschalenmodelle

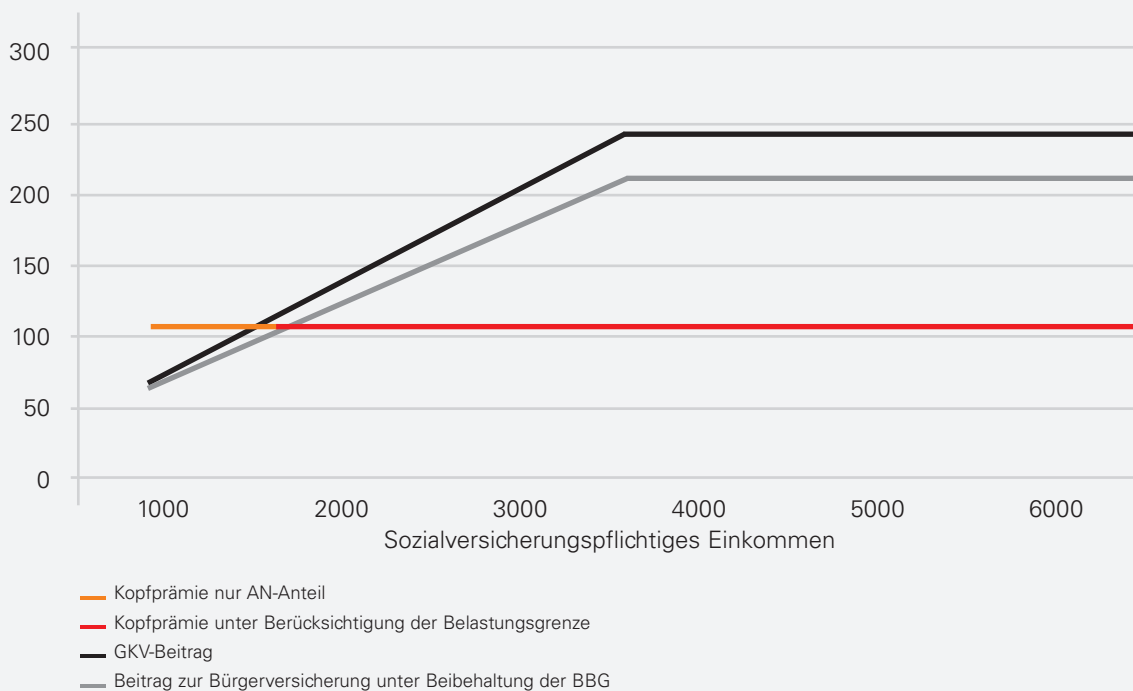
Modelle	CDU (Leipziger Parteitag) Alternative		Rürup/Wille GKV-interne Lösung Alternative		Kompromiss von CDU und CSU Alternative	
	1	2	1	2	1	2
Subventionsbedarf in Mrd. €	-15,7	-18,7	-6,3	-11,4	-14,8	-22,5
Gesundheitssoli, in % der Einkommenssteuer	11,4	13,6	4,6	8,3	9,2	14,1
Notwendige Erhöhung der regulären Steuersatzes in %-Punkten	1,8	2,2	0,7	1,3	1,7	2,6
Notwendige Erhöhung des ermäßigten Steuersatzes in %-Punkten	0,8	1,0	0,3	0,6	0,8	1,2

Finanzierung des Gesundheitsprämienmodells

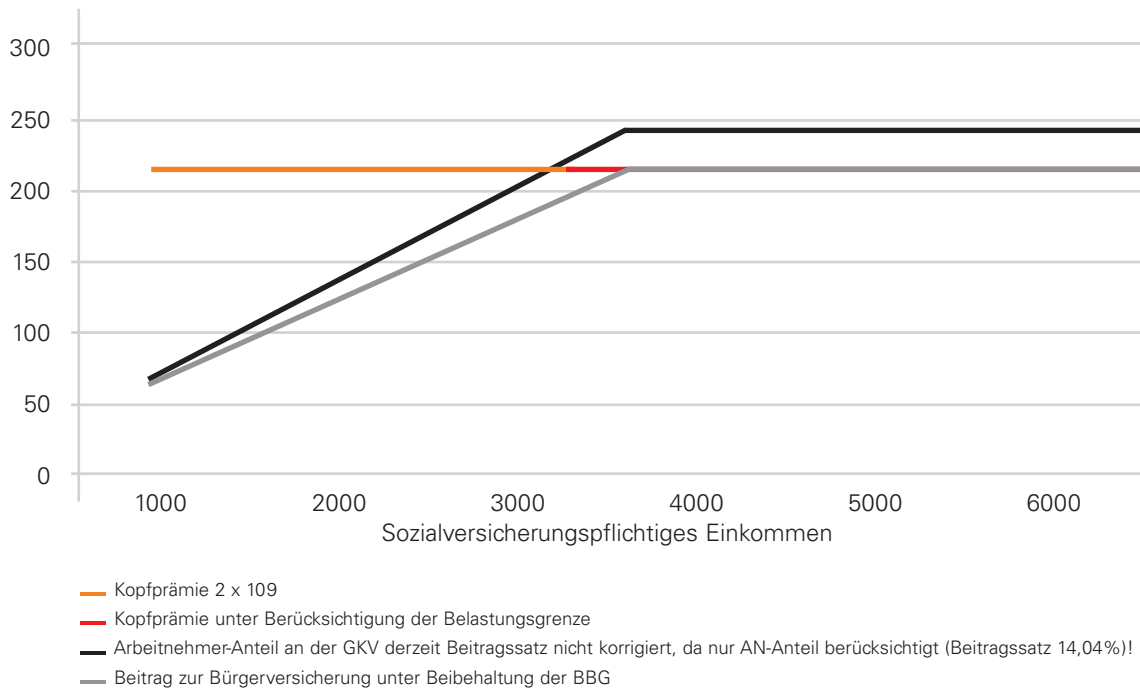
Unionskompromiss/Alternativrechnungen Finanzierungskomponenten	Modellalternativen	
	1	2
Finanzierung der Gesundheitsleistungen für Kinder bis unter 18 Jahren	-12,8	-12,8
Finanzierung der Gesundheitsleistungen für „Kinder“ ab 18 Jahren	-4,9	-5,2
Zuschüsse an die gering verdienenden Versicherten der AKV	-10,2	-10,4
Zuschüsse an die gering verdienenden Versicherten der KVdR	-7,1	-7,1
Unterdeckung aufgrund nicht kostendeckender Kopfpauschale	-38,3	-45,5
Gesamtunterdeckung	-73,3	-81,0
An Krankenversicherung gezahlte gedeckelte GKV-Arbeitgeberbeiträge	58,5	58,5
Verbleibende Deckungslücke*	-14,8	-22,5
Subventionsempfänger bei GKV-Mitgliedern, in Mio.	25,1	25,1

* Einbezug von nicht (nur) GKV-Mitgliedern in Solidarität

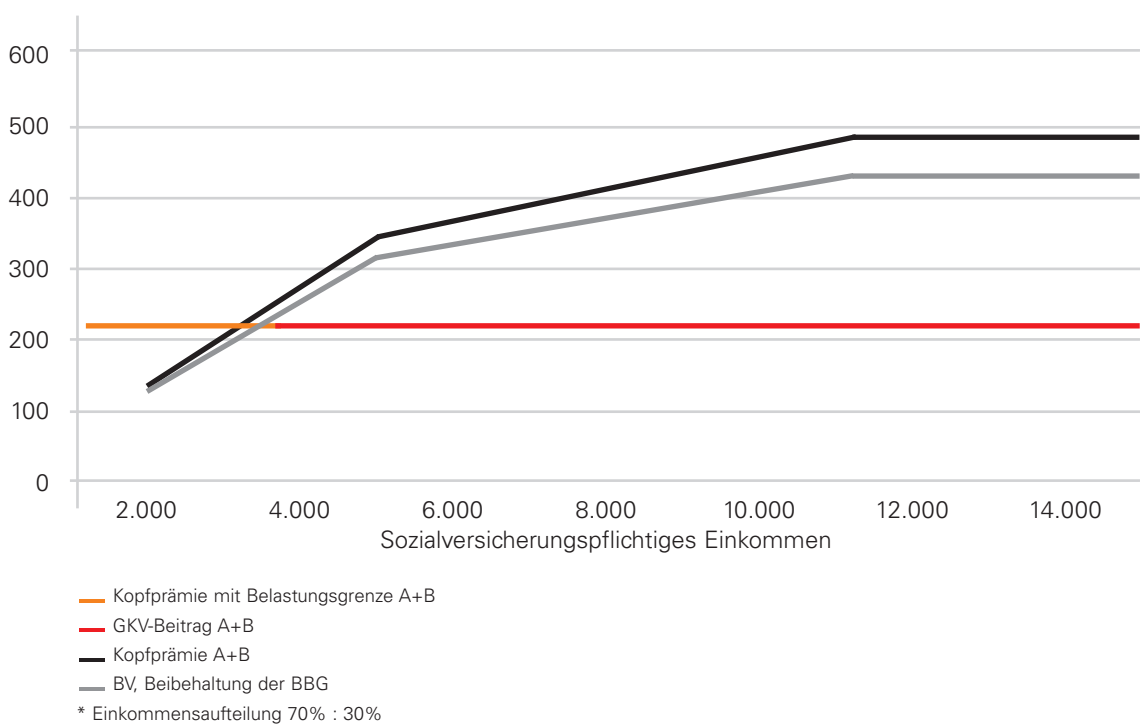
Beitragsbelastung in der GKV, der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie, Alleinstehende



Beitragsbelastung in der GKV, der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie, Alleinverdienerehepaare



Beitragsbelastung in der GKV, der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie, Zweiverdienerehepaare*



Verteilungswirkung der Reformen

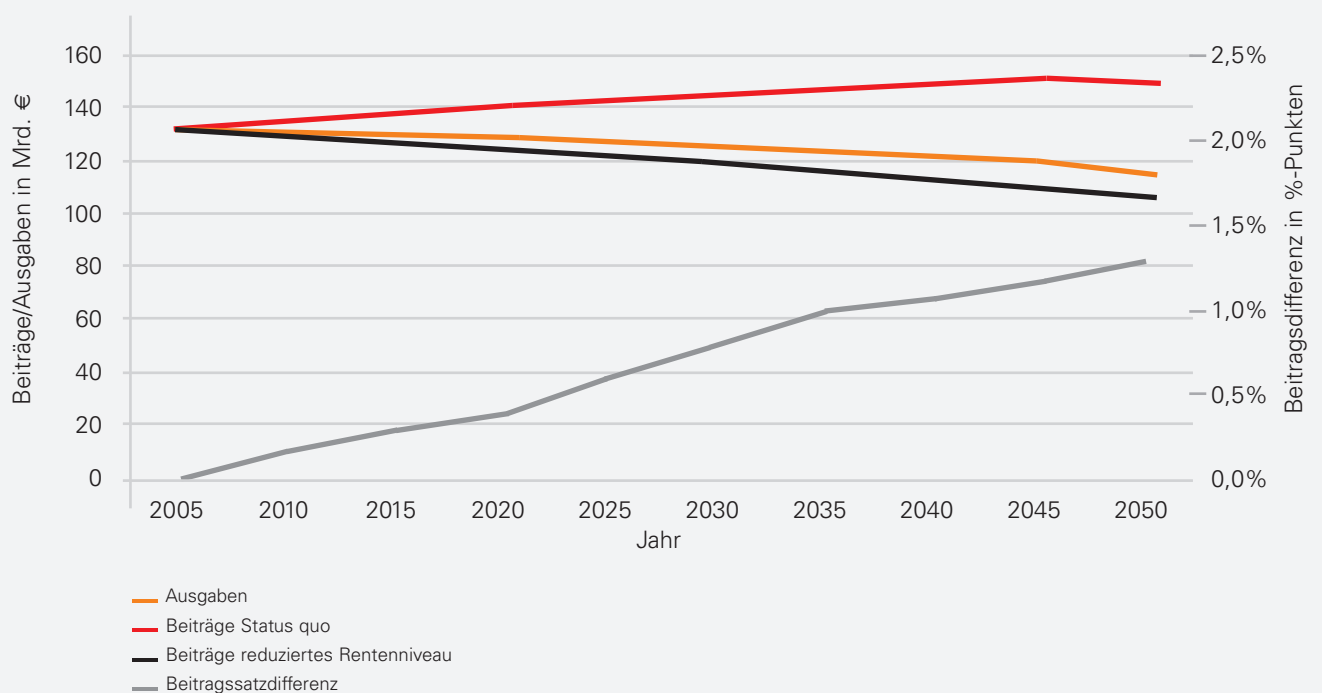
Bürgerversicherung

- Bezieher niedriger Einkommen entlastet
- Bezieher von weiteren Einkommensarten tendenziell mehr belastet
- Bezieher höherer Einkommen durch Beitragsbemessungsgrenze geschont; durch Beitragssatzsenkung leicht entlastet
- Zweiverdiener mit höherem Einkommen leicht entlastet
- Alleinverdiener wie bisher begünstigt

Gesundheitsprämie

- Bezieher niedriger Einkommen etwa gleich belastet – falls Steuersubventionen langfristig gesichert werden können
- Weitere Einkommensarten irrelevant
- Bezieher höherer Einkommen vordergründig entlastet; Gesamtwirkung von Inzidenz der Gegenfinanzierung der Subvention abhängig
- Zweiverdiener mit höherem Einkommen begünstigt
- Alleinverdiener benachteiligt

Zusätzliche GKV-Beitragssatzsteigerung aufgrund der beschlossenen Rentenreform



Einnahmen, Ausgaben und Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung bis 2030

Beitrag der Prognos AG, Dr. Reinhard Schüssler, zur Transferveranstaltung der Hans-Böckler-Stiftung und des DGB „Bürgerversicherung und Kopfpauschale“ am 10. Februar in Berlin

Aufbau

- Fragestellung des von der Prognos AG bearbeiteten Forschungsvorhabens
- Ergebnisse zu den Ausgaben der GKV
- Ergebnisse zu den Einnahmen der GKV
- Ergebnisse zum Beitragssatz

Fragestellung

- Makroökonomische Auswirkungen
- Vergleich zu einer Status quo Prognose
- Status quo Prognose liegt vor; Vergleichsrechnungen sind noch in Arbeit

Ergebnisse beziehen sich auf die derzeit gültige Art und Weise der Organisation und Finanzierung der GKV
Ausgaben, Einnahmen und Beitragssatz im Rahmen einer als wahrscheinlich angesehenen wirtschaftlichen Entwicklung

Ausgaben

Einflussgrößen

- Versicherte Population: Umfang, Altersaufbau
- Altersprofile der Ausgaben pro Versicherten nach Leistungsbereichen (spezifische Ausgaben)
- Dynamik der spezifischen Ausgaben

Versicherte Populationen

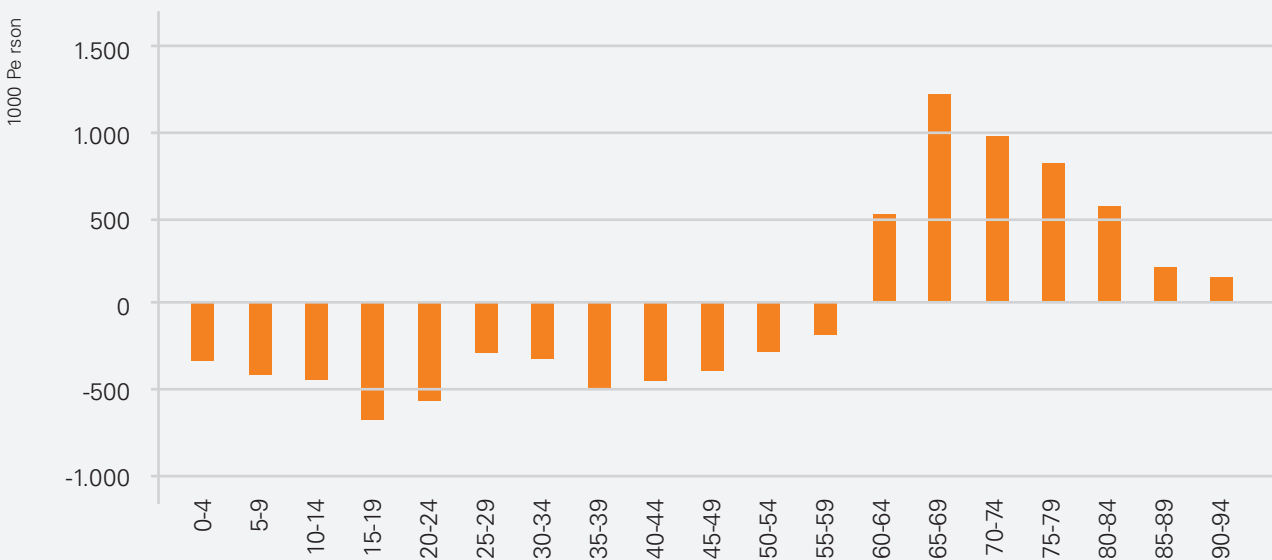
Einflussgrößen

- Bevölkerungsprognose (Alter, Geschlecht)
- Sozioökonomischer Status (Selbständige, Beamte)

Versicherte Populationen (je tausend Personen)

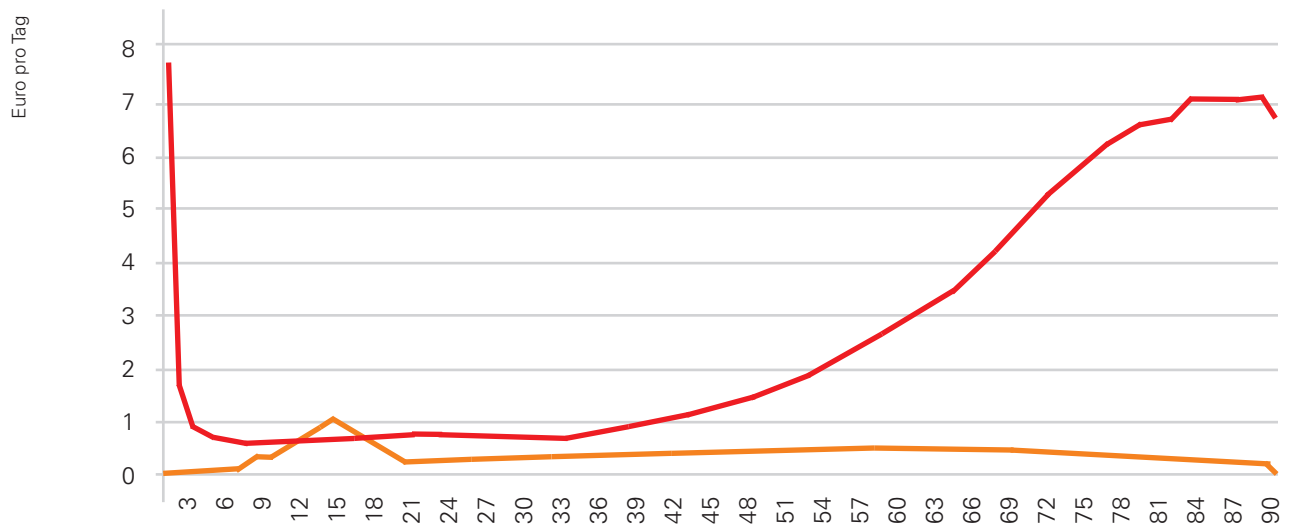
Bevölkerung nach dem Krankenversicherungsstatus	2005	2010	2020	2030
Bevölkerung	82'600	82'800	82'600	81'100
Gesetzliche Krankenversicherung	72'100	72'300	72'300	71'300
pflichtversichert	33'300	33'700	32'900	30'600
freiwillig versichert	4'100	4'200	4'200	4'100
als Rentner versichert	15'500	16'000	17'600	20'000
als Familienangehöriger versichert	19'200	18'400	17'600	16'600
Private Krankenversicherung	8'100	8'100	8'100	7'800
Sonstiger Versicherungsschutz	2'000	2'000	1'800	1'600
nicht krankenversichert	300	300	300	300

GKV-Versicherte nach Altersgruppen



Versicherte in der GKV nach Altersgruppen - Veränderung 2030 gegenüber 2005

Spezifische Ausgaben pro Versichertentag nach Leistungsbereichen



Versicherte in der GKV nach Altersgruppen – Veränderung 2030 gegenüber 2005

Ausgaben: Ergebnisse

- Einfluss des demografischen Wandels auf die Ausgaben der GKV gering: + 0,3 % pro Jahr
- Die Leistungsbereiche sind vom demografischen Wandel unterschiedlich betroffen
- Qualitätsverbesserungen + 1,5 %, Preissteigerungen + 1,5 % pro Jahr
Dynamik der Ausgaben als Summe der drei Komponenten: + 3,3 % pro Jahr
- Beitrag des demografischen Wandels zur Dynamik der Ausgaben: 10 %

Einnahmen

Einflussgrößen:

- Beitragspflichtige Personenkreise
- Beitragspflichtige Einkommen / Einnahmen
- Sonstige Einnahmen (Zuschüsse aus öffentlichen Haushalten)

Beitragspflichtige Einkommen

- Bruttolöhne und –gehälter der Arbeitnehmer (ohne Beamte, ohne privat versicherte Arbeiter und Angestellte)
- Bruttorenten der Rentenbezieher und beitragspflichtige Einkommen anderer Empfänger sozialer Leistungen (z. B. Alg).
- Sonstige Beitragseinnahmen (z. B. von pflichtversicherten Selbständigen)

Beitragspflichtige Bruttolöhne der Arbeitnehmer

- Jahresdurchschnittliche Steigerungsrate 3,0 %
- Ergibt sich aus der Entwicklung der Verbraucherpreise und der gesamtwirtschaftlichen Produktivität, moderiert durch die Situation am Arbeitsmarkt.
- Kein weiterer Rückgang der Arbeitszeit pro Arbeitnehmer.
- Kein weiterer Rückgang des Verhältnisses der sozialversicherungspflichtigen Löhne zu den Durchschnittslöhnen.

Beitragspflichtige Bruttorenten

- Anzahl der Rentner und Höhe der Rente
- Rentenanpassung eng an die Entwicklung der Bruttolöhne gekoppelt, jedoch dämpfende Wirkung von Altersvorsorgeanteil und Nachhaltigkeitsfaktor
- Bruttorentenniveau sinkt von heute 53,6 % auf 43,2 % im Jahr 2030

Zusammensetzung der Beitragseinnahmen

- Bruttolöhne der Arbeitnehmer etwa 66 %
- Beiträge auf soziale Leistungen (Renten, Alg., etc.) 29 %
- Sonstige Beitragseinnahmen 5 %
- Die Zusammensetzung der Beitragseinnahmen bleibt im Vergleich zu heute annähernd konstant.

Beitragssatz

- Jährliche Einnahmen decken die jährlichen Ausgaben, kein Defizit.
- Beitragssatz erhöht sich von heute 14,3 % um 1,3 % Punkte auf 15,6 %
- Die Dynamik des Beitragssatzes entspricht der Dynamik der Ausgaben, die allein auf die demografische Entwicklung zurückzuführen ist.
- Die Dynamik der anderen die Ausgaben bestimmenden Größen und die Dynamik der Beitragsgrundlagen halten sich etwa die Waage.

Fazit

- Wenn es gelingt, die Dynamik der Beitragsgrundlagen und die Dynamik der spezifischen Ausgaben auszubalancieren, dann muss der demografische Wandel nicht schrecken.
- Seine Wirkung auf den Beitragssatz ist mit 0,3% pro Jahr vergleichsweise gering.

Makroökonomische Auswirkungen

Wirkungsmechanismen: Sinkender Beitragssatz reduziert Kosten des Faktors Arbeit

Zielgrößen: Beschäftigungsniveau, Wirtschaftswachstum, Inflation, außenwirtschaftliches Gleichgewicht, Einkommensniveau

Randbedingungen: Verhalten der bisher privat Versicherten

Stabilisierung der Finanzierungsbasis und umfassender Wettbewerb in einem integrierten Krankenversicherungssystem

Ergebnisse eines Forschungsprojekts im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung

Willhelm F. Schröder, Dr. Martin Albrecht, Dr. Stefanie Sehlen,
Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH Berlin

Finanzielle Auswirkungen eines integrierten Krankenversicherungssystems auf die Versicherten¹

Alle Haushalte² (Abbildung 1)

GKV-Versicherte³ (Abbildung 2)

PKV-Versicherte³ (Abbildung 3)

Ehepaare mit Kindern² (Abbildung 4)

Rentner³ (Abbildung 5)

Beamte³ (Abbildung 6)

Grundtypen eines integrierten Krankenversicherungssystems

Grundtyp 1: einkommensabhängige Beiträge unter weitgehender Beibehaltung der gegenwärtigen GKV-Beitragsregeln

Grundtyp 2: einkommensabhängige Beiträge mit Ausweitung der Beitragspflicht auf andere Einkommensarten in Anlehnung an Einkünftebegriff im Steuerrecht

Grundtyp 3: Pauschalbeiträge mit steuerfinanzierten Beitragszuschüssen

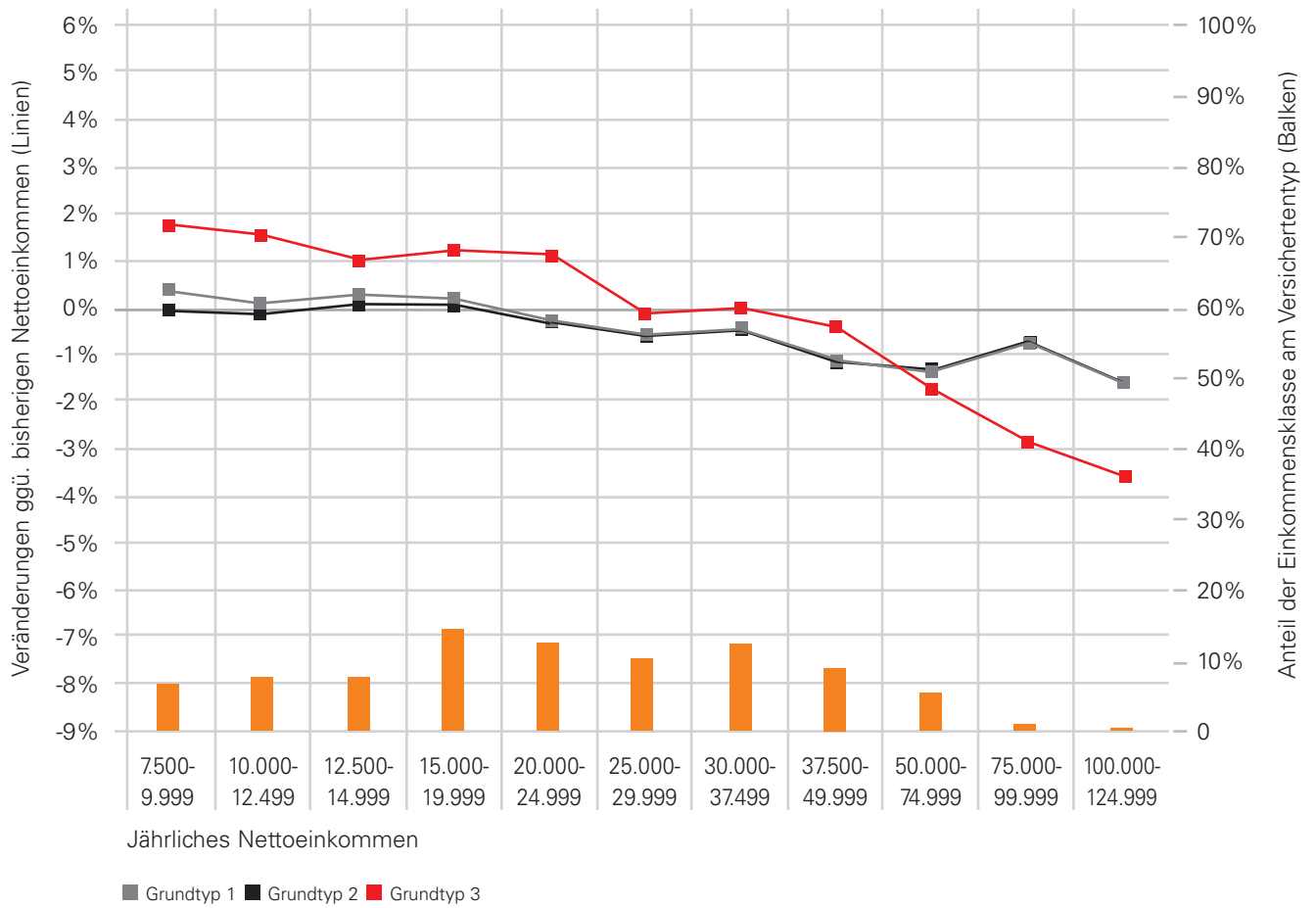
Anmerkungen:

¹ Nach Berechnungen des IGES; Datenquellen: SOEP, Mikrozensus, BVA, BMG, Lohn- und Einkommensteuerstatistik.

² Dargestellt sind Be- und Entlastungen für Bedarfsgemeinschaften von Versicherten in Anlehnung an SGB II. Diese Berichtseinheit stimmt zu 88 % mit dem Haushaltsbegriff der Datengrundlage (SOEP) überein, 12 % der Haushalte bestehen aus zwei oder mehr Bedarfsgemeinschaften.

³ Dargestellt sind Be- und Entlastungen für so genannte Beitragszahler-Einheiten, d. h. heutige Beitragszahler und, falls vorhanden, jeweils ihnen zuzurechnende beitragsfrei mitversicherte Angehörige (Ehepartner und/oder Kinder ohne beitragspflichtiges Einkommen).

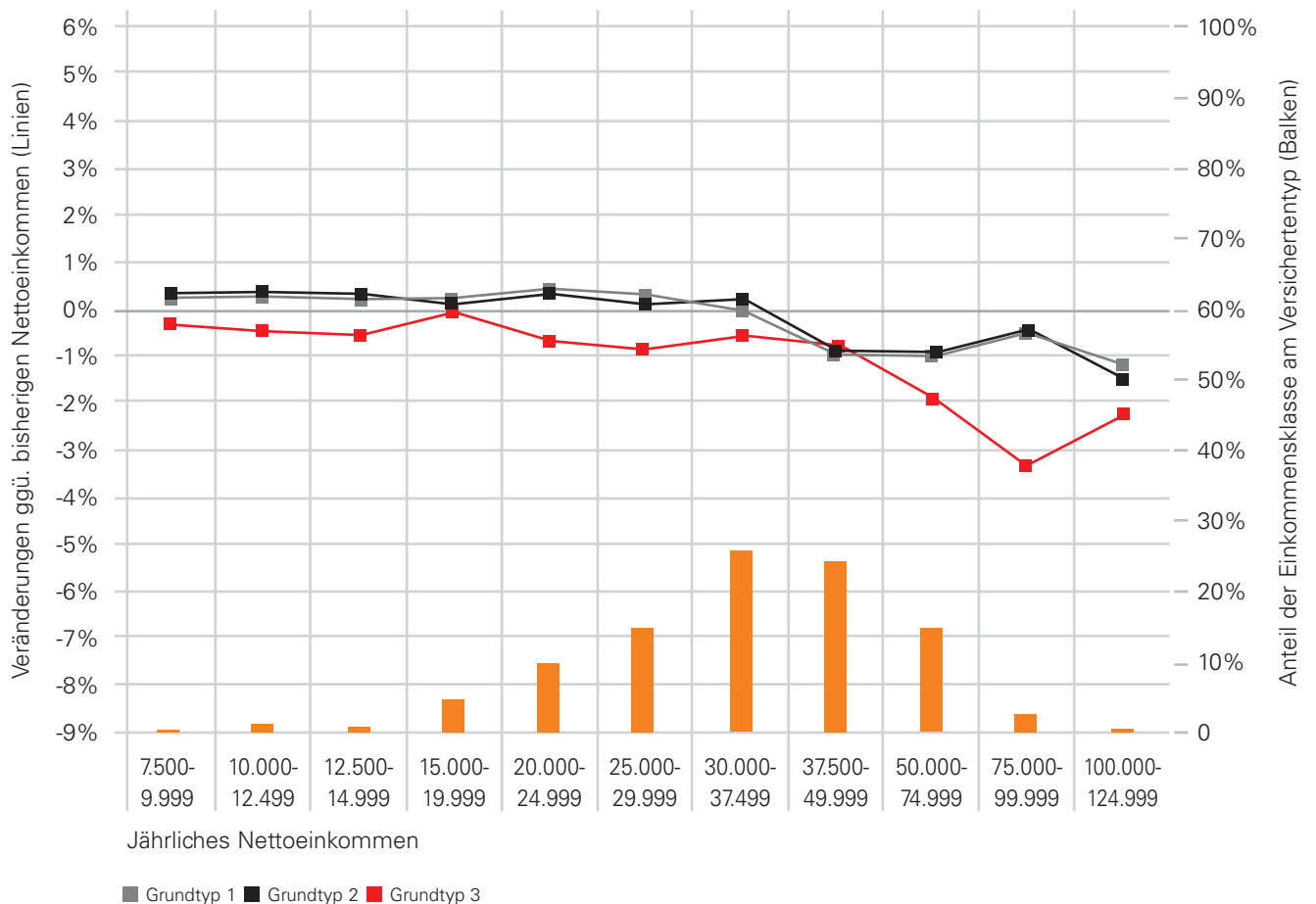
Abb. 1: Alle Haushalte²



Eine Umstellung auf die Grundtypen 1 und 2 mit einkommensabhängigen Beiträgen würde die Einkommenssituation der Haushalte mit geringen und mittleren Nettoeinkommen (bis 25.000 € p. a.) kaum verändern. Haushalte, die mehr verdienen, hätten Einbußen im Nettoeinkommen von durchschnittlich unter 2 %.

Eine Umstellung auf Grundtyp 3 würde progressiver wirken: Haushalte mit geringen und mittleren Einkommen (bis zu 30.000 € netto p. a.) würden stärker entlastet, solche mit sehr hohem Einkommen stärker belastet.

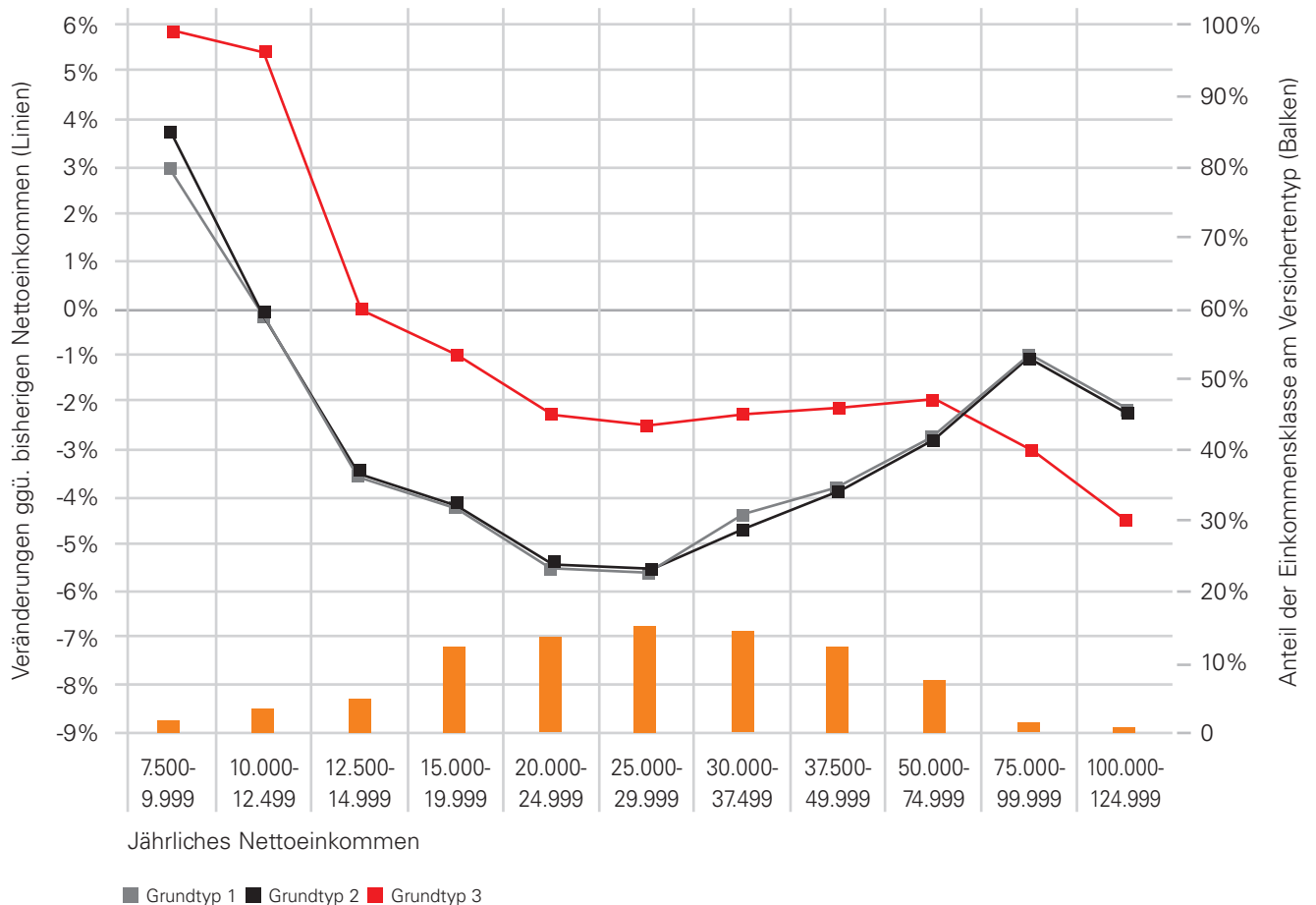
Abb. 2: GKV-Versicherte ³



Für die heutigen Beitragszahler in der GKV und – soweit vorhanden – ihre mitversicherten Angehörigen ergäben sich durch Umstellung auf die Grundtypen 1 und 2 mit einkommensabhängigen Beiträgen kaum Veränderungen.

Eine Umstellung auf Grundtyp 3 würde auf die heutigen GKV-Versicherten nur teilweise progressiv wirken: für einen breiten Einkommensbereich – etwa zwischen 10.000 und 50.000 € netto jährlich – käme es zu Entlastungen, für sehr geringe Einkommen zu leichten, für hohe Einkommen z. T. auch zu stärkeren Belastungen.

Abb. 3: PKV-Versicherte³

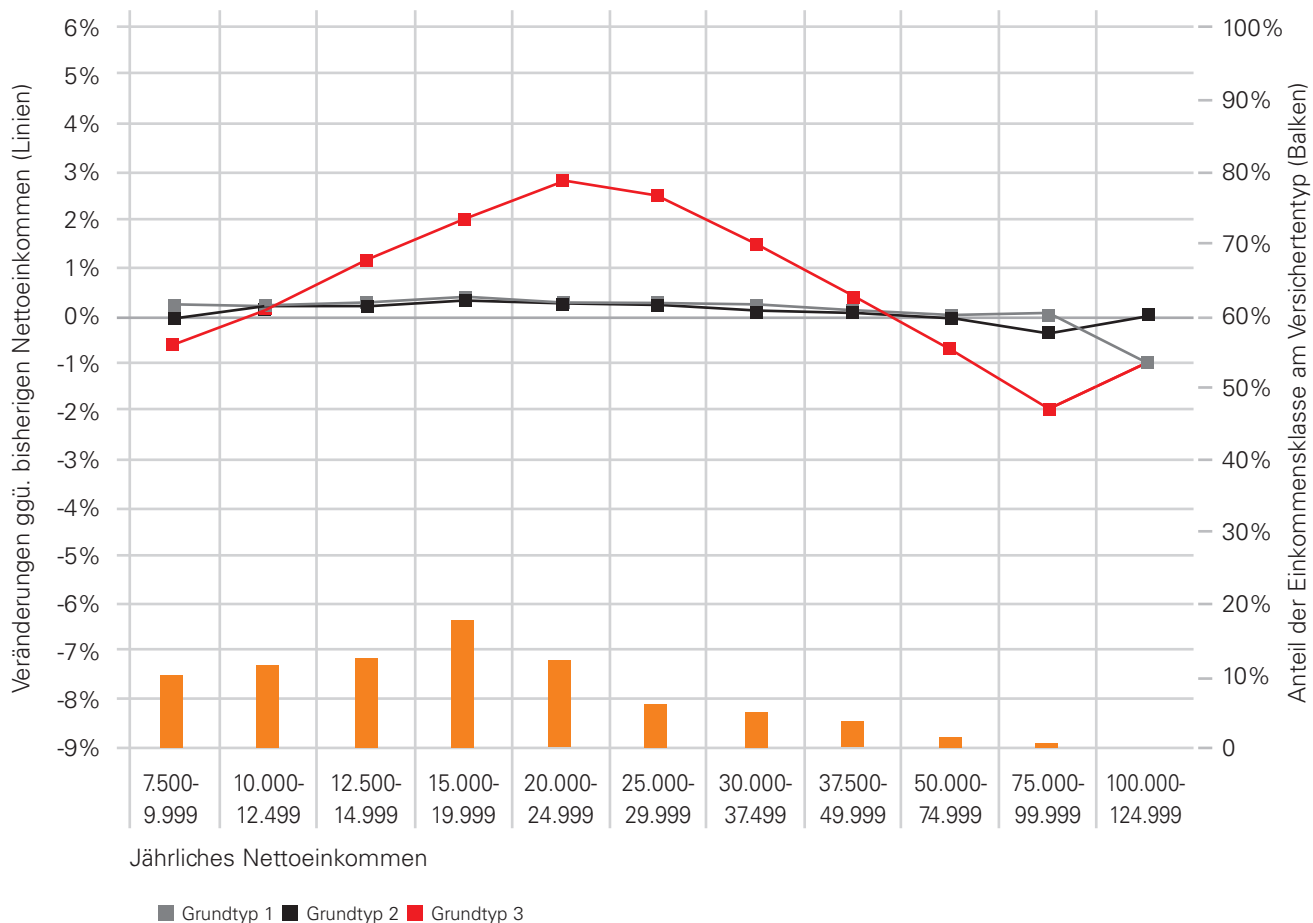


Da PKV-Versicherte in der integrierten Krankenversicherung einen Beitrag entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit entrichten, würden sie in allen Grundtypen überwiegend belastet. Dies betrifft insbesondere die Einkommenskategorien ab 20.000 € netto jährlich, die von den PKV-Versicherten deutlich stärker besetzt werden als von den GKV-Versicherten (vgl. Abb. 2).

Die PKV-Versicherten mit geringen Einkommen würden in allen drei Grundtypen, insbesondere im Grundtyp 3, profitieren, weil sie nun einen Beitrag entsprechend ihrer (vergleichsweise geringen) ökonomischen Leistungsfähigkeit zu zahlen hätten.

Bei den Berechnungen ist unterstellt, dass alle PKV-Versicherten in einer integrierten Krankenversicherung ihren gegenwärtigen Versicherungsumfang – inklusive den über das heutige GKV-Leistungsvolumen hinausgehenden Anteil – vollständig beibehalten. Anders als heute erhalten sie in den dargestellten Grundtypen keinen Arbeitgeberzuschuss mehr für die über den Leistungsumfang der GKV hinausgehenden Bestandteile ihrer privaten Vollversicherung.

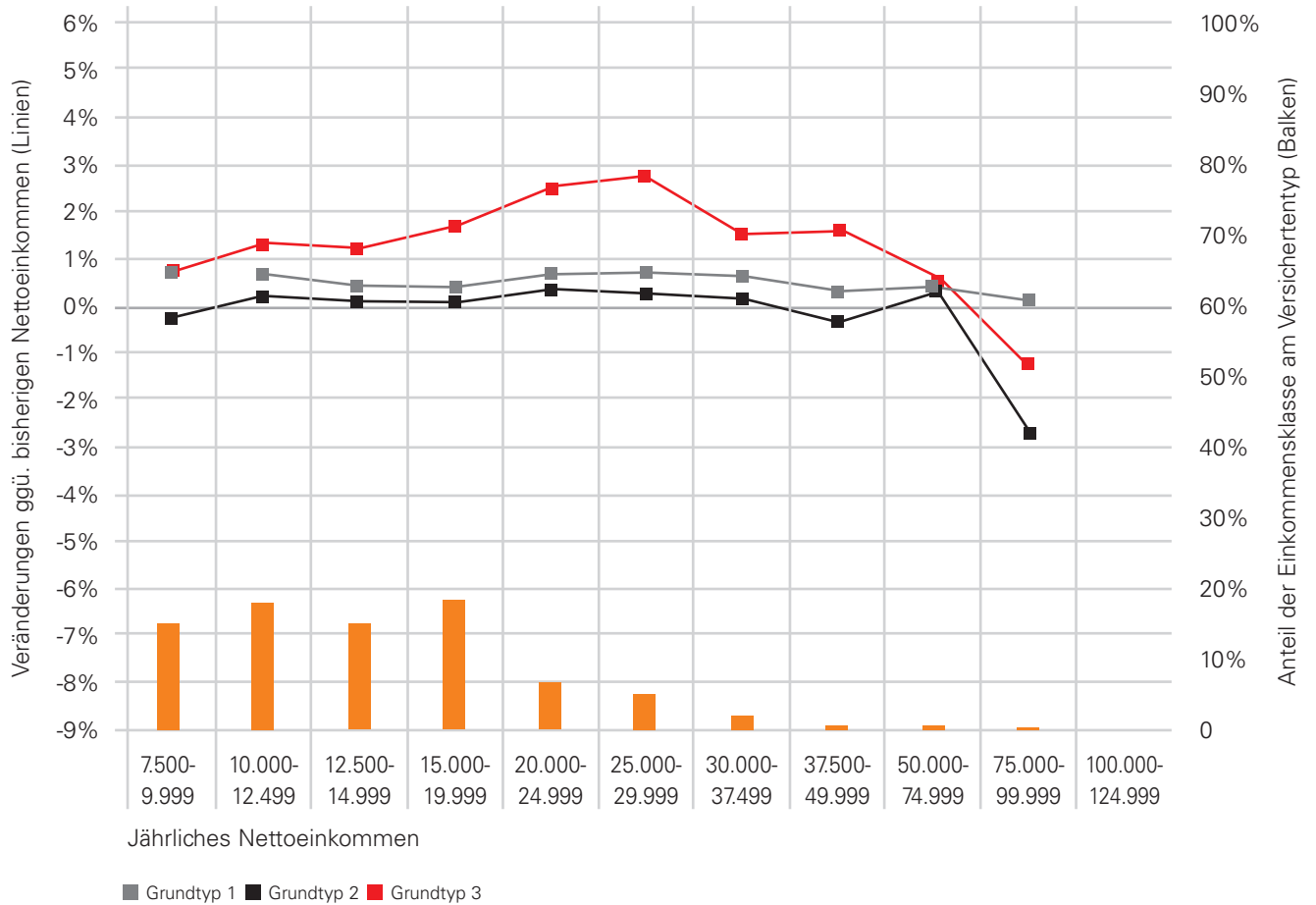
Abb. 4: Ehepaare mit Kindern²



Ehepaare mit Kind(ern) – das sind 14,5 % aller Haushalte – würden in Grundtyp 3 überwiegend belastet, weil hier die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern und von nicht erwerbstätigen Kindern über 18 entfällt. In den Grundtypen 1 und 2 mit einkommensabhängigen Beiträgen würden Ehepaare mit Kindern und Einkommen bis 37.500 € netto p. a. leicht entlastet.

Die Be- und Entlastungen fallen überwiegend moderat aus: Sie betragen für alle Einkommen bis 50.000 € netto im Jahr durchschnittlich nicht mehr als 1 %.

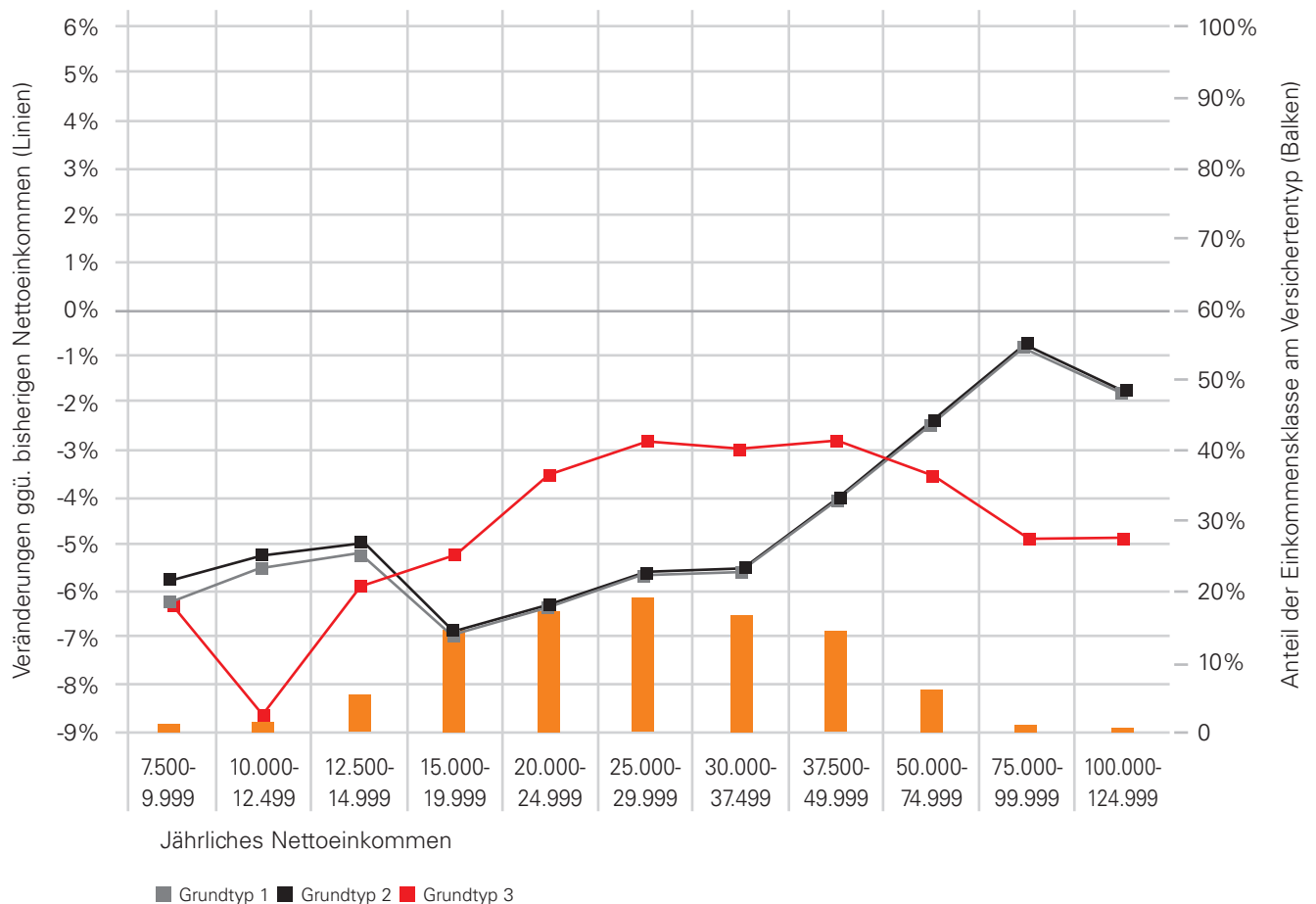
Abb. 5: Rentner³



Rentner – sie haben einen Anteil von 25 % an allen gegenwärtigen Beitragszahlern (inklusive Mitversicherte, ohne Pensionäre) – würden in allen drei Grundtypen von einer Umstellung profitieren. In Grundtyp 3 sind die Entlastungen am größten.

In den Grundtypen 2 und 3 würden Rentner sich nicht mehr an der Finanzierung der Krankengeldabsicherung beteiligen. In Grundtyp 2 werden die Entlastungen durch den unmittelbaren Einbezug anderer Einkommensarten in die Beitragspflicht konterkariert. Dies wirkt sich stärker auf die Nettoeinkommensposition aus als die Berücksichtigung dieser Einkommensarten im System der steuerfinanzierten Beitragszuschüsse von Grundtyp 3.

Abb. 6: Beamte ³



In einem integrierten Krankenversicherungssystem erhalten Beamte keine Beihilfeleistungen mehr; statt dessen zahlen ihre Dienststellen Beitragszuschüsse wie andere Arbeitgeber auch (Grundtypen 1 und 2) bzw. es kommt zur Auszahlung vergleichbarer Beträge als Gehaltsbestandteile (Grundtyp 3).

Aktive Beamte (4,1 % aller gegenwärtigen Beitragszahler) werden in allen drei Grundtypen im Durchschnitt belastet. Die Belastung ergibt sich zum einen dadurch, dass nun auch Beamte entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit einen Beitrag zur integrierten Krankenversicherung zu leisten hätten.

Die Belastungsangaben basieren zum anderen auf der Prämisse, dass die Beamten und andere PKV-Versicherte ihren derzeitigen Versicherungsumfang über Zusatzversicherungen weiterführen. Im Vergleich zur Gesamtheit der heute PKV-Versicherten (vgl. Abb. 3) ergäbe sich für Beamte eine zusätzliche Beitragsbelastung dadurch, dass sie die bisher von der Beihilfe zum Beihilfeanteil erstatteten Zusatzleistungen über eine private Zusatzversicherung zum erreichten Eintrittsalter nachversichern müssten. Die Beiträge hierfür hätten sie dann vollständig selbst aufzubringen.

Bürgerprämien für die Krankenversicherungen als Alternative zu den Reformvorschlägen Kopfpauschale und Bürgerversicherung

Eine von der HBS geförderte Studie

Dr. Johannes Leinert, Dr. Markus M. Grabka, Prof. Dr. Gert G. Wagner

Gliederung

- I. Problemaufriss
- II. Ergebnisse
- III. Kritik

Problemaufriss

Diskussion um Finanzierungsreform der GKV seit der Rürup-Kommission

Gesundheitspolitische Ziele

- Nachhaltigkeit
- Entlastung der Lohnnebenkosten
- Stärkung des Solidarprinzips

Modellvarianten

- Bürgerversicherung
- Pauschalprämien

Dimensionen

- Kreis der Versicherungspflichtigen
- Beitragsbemessung

Kompromissvorschlag: Bürgerprämienmodell

allgemeine Versicherungspflicht

- Stärkung des Solidarprinzips soziale Versicherung für alle, mit allen

Krankenversicherungsprämien (kassen-einheitlich)

- Nachhaltigkeit
- Beschäftigungseffekte
- höhere Verteilungsgerechtigkeit
- gleicher Wettbewerb zwischen GKV + PKV

Ergebnisse

Sozialer Ausgleich (12,7 % Belastungsobergrenze)

■ 32,7 Mrd. / 24,3 Mio. = 60 % aller Haushalte

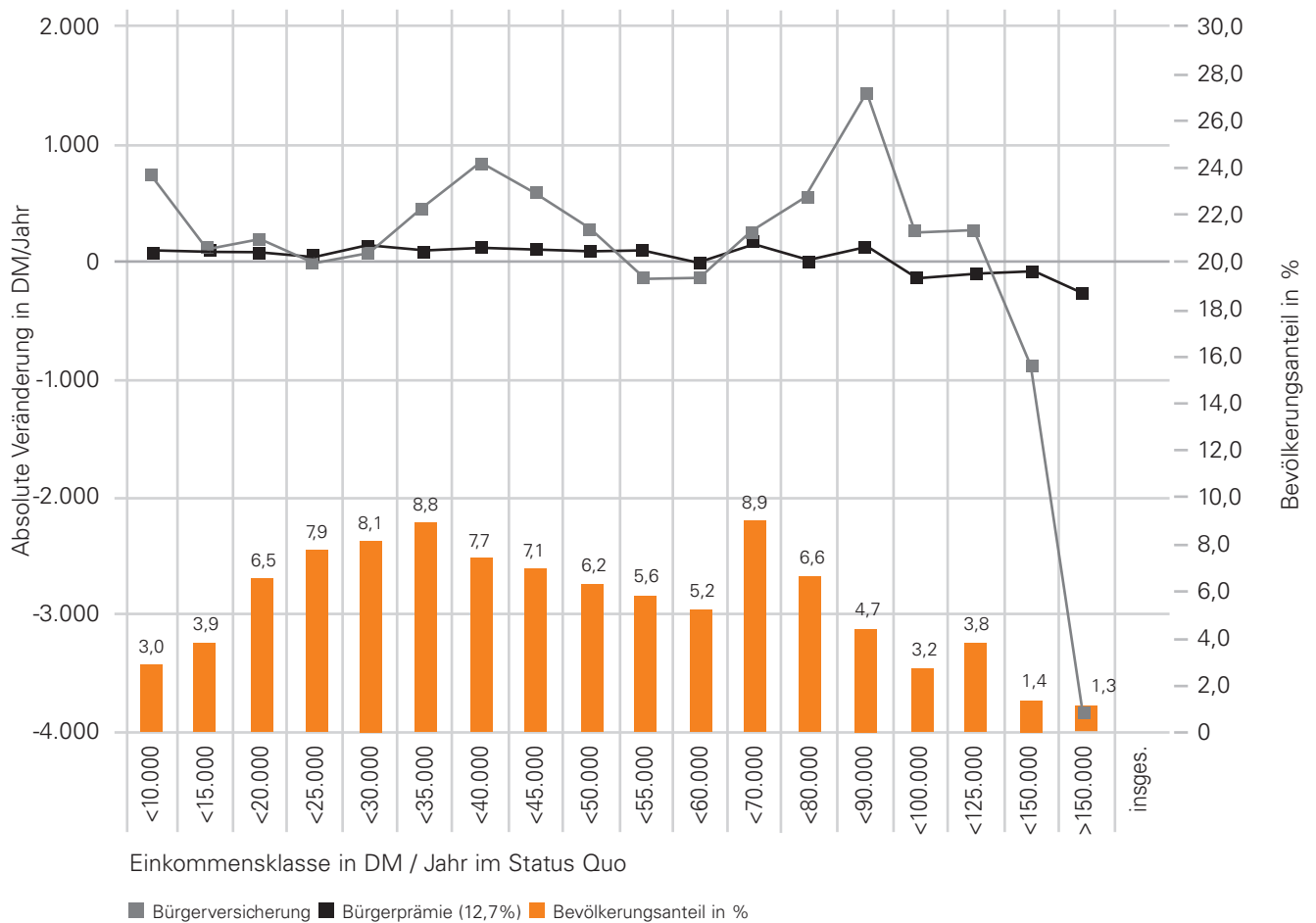
■ Darunter steuerfinanzierte Kinderprämie: 14,2 Mrd. / 10,6 Mio. Haushalte

Finanzierung des sozialen Ausgleichs

■ Versteuerung des Arbeitgeberbeitrags: 17,1 Mrd.

■ + Anhebung des Solidaritätszuschlags: 7,2 Prozentpunkte

Abb. 1: Absolute Veränderungen des verfügbaren Haushaltseinkommens gegenüber dem Status quo



Kritik

Pudels Kern

- Volumen des sozialen Ausgleichs und Ausmaß der Zahl betroffener Haushalte
- Politische Beeinflussbarkeit des sozialen Ausgleichs

Problemlösung

- Einführung einer Familienkasse
- Beibehaltung einkommensbezogener Arbeitgeberbeiträge oder Wertschöpfungsabgabe
- Finanzierung des sozialen Ausgleichs durch progressive Steuern
- Spitzensteuersatz / Solidaritätszuschlag / Meinhard/Zwiener: Schließung von Steuerschlupflöchern

Erfahrungen der Schweiz

- Solidarität abhängig vom Ausmaß und der Zielgerichtetheit der zusätzlichen Steuerfinanzierung (Spycher 2003)
- System der Prämienverbilligung funktioniert (Kantonal unterschiedlich)
- steigende Gesundheitskosten bedingt durch andere Systemmängel
- mangelhafter RSA
- verzerrter Wettbewerb, da Krankenhausfinanzierung durch öffentliche Hand (HMO)
- Pauschalen nicht demographieresistent

Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen oder Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden. Die Expertinnen und Experten beraten auch, wenn es um neue Techniken oder den betrieblichen Arbeits- und Umweltschutz geht.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)

Das Ziel des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung ist es, gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge zu erforschen und für die wirtschaftspolitische Beratung einzusetzen. Daneben stellt das IMK auf der Basis seiner Forschungs- und Beratungsarbeiten regelmäßig Konjunkturprognosen vor.

Forschungsförderung

Die Stiftung vergibt Forschungsaufträge zu Mitbestimmung, Strukturpolitik, Arbeitsgesellschaft, Öffentlicher Sektor und Sozialstaat. Im Mittelpunkt stehen Themen, die für Beschäftigte von Interesse sind.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Mit dem 14tägig erscheinenden Infodienst »Böckler Impuls« begleitet die Stiftung die aktuellen politischen Debatten in den Themenfeldern Arbeit, Wirtschaft und Soziales. Das Magazin »Mitbestimmung« und die »WSI-Mitteilungen« informieren monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft. Mit der Homepage www.boeckler.de bietet die Stiftung einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.