

# Finanzierung des Gesundheitssystems im Koalitionsvertrag: Wenig Konkretes und viele Leerstellen

STEFAN GREß

Prof. Dr. Stefan Greß ist Hochschullehrer für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fulda

Über wenige Themen wurde während der Sondierungs- und Koalitionsverhandlungen zwischen Union und SPD so intensiv und öffentlichkeitswirksam gestritten wie über die zukünftige Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung. Vor diesem Hintergrund hat dann überrascht, dass das Thema Finanzierung im Koalitionsvertrag einen nur geringen Stellenwert einnimmt – auf gerade einmal 15 Zeilen beschränken sich die Absichtserklärungen der Koalitionspartner unter dieser Überschrift. Insofern werden in diesem Beitrag im ersten Teil die konkreten Vereinbarungen bewertet. Eine mindestens ebenso große Rolle spielt im zweiten Teil die Analyse der Leerstellen im Koalitionsvertrag hinsichtlich der zukünftigen Finanzierung von GKV und PKV.

## 1. Absichtserklärungen im Koalitionsvertrag: Paritätisch finanzierte Beiträge und Entlastung kleiner Selbständiger in der GKV

Im Koalitionsvertrag haben Union und SPD zur zukünftigen Finanzierung der GKV in einem sehr kurzen Abschnitt vier Maßnahmen vereinbart. Am konkretesten ist die Absichtserklärung zur Wiederherstellung der Parität bei den Beiträgen zur GKV. Zudem sollen schrittweise kostendeckende Beiträge für die Bezieher von ALG II aus Steuermitteln finanziert und die Mindestbemessungsgrundlage der Beiträge für Selbständige reduziert werden. Letztlich verkünden die Koalitionäre ihre Absicht, den morbiditätsorientierten Risiko-

strukturausgleich weiterzuentwickeln (CDU et al. 2018: 102).

Schon relativ frühzeitig in den Verhandlungen zur Bildung einer erneuten Großen Koalition war klar, dass die SPD mit der Wiederherstellung der Parität in der GKV-Finanzierung einen politischen Erfolg verbuchen konnte. Bereits in der vergangenen Legislaturperiode stand die Forderung nach Wiederherstellung der Parität auf der Tagesordnung im Bundestag (Greß 2016). Die Abgeordneten der SPD mussten aus Koalitionsrason jedoch die entsprechenden Anträge der Opposition ablehnen. Die Umsetzung soll nun vergleichsweise rasch zum 1. Januar 2019 erfolgen. Die SPD konnte jedoch mit ihrer Forderung nicht durchdringen, die Zusatzbeiträge

abzuschaffen und einen von den Krankenkassen festzulegenden allgemeinen Beitragssatz paritätisch zu finanzieren.

Die Wiederherstellung der paritätischen GKV-Finanzierung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern ist grundsätzlich zu begrüßen. Damit wird ein Konstruktionsfehler in der aktuellen Finanzarchitektur beseitigt. Derzeit müssten ausschließlich die Versicherten steigende Beiträge finanzieren. Es ist ausschließlich der guten konjunkturellen Entwicklung der letzten Jahre und der daraus resultierenden positiven Einnahmenentwicklung der GKV zu verdanken, dass dieser Konstruktionsfehler bisher nicht zu nennenswerten einseitigen Zusatzbelastungen für die Versicherten geführt hat. Mit der Wiederherstellung der Parität wird die Finanzierung der GKV zudem wieder auf einen langfristigen Entwicklungspfad zurückgeführt, den der damalige Gesetzgeber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2004 durch die Einführung eines ausschließlich von den Versicherten zu finanzierenden Sonderbeitrags in Höhe von 0,9 Prozent verlassen hat (Gerlinger/Greß 2018). Gesundheitspolitisch ist diese Entwicklung besonders bemerkenswert, weil das GMG unter einer rot-grünen Bundesregierung mit der sozialdemokratischen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt umgesetzt wurde. Die einseitige Beitragserhöhung für die Versicherten war jedoch eine Forderung der Union, die davon seinerzeit ihre Zustimmung zum Gesetzesvorhaben insgesamt abhängig gemacht hatte (Knieps/Reiners 2015).

Im Koalitionsvertrag ist vereinbart, dass der bisherige Zusatzbeitrag paritätisch finanziert wird. Damit bleibt es weiterhin bei der funktionslosen Trennung zwischen allgemeinem Beitragssatz und Zusatzbeitragssatz – schließlich ist die Differenzierung zwischen einer kasseneinheitlichen und einer kassenindividuellen Beitragskomponente nur durch gesundheitspolitische Kompromissbildungen der letzten zehn Jahre und nicht durch sachlogische Notwendigkeiten zu erklären ist (Reiners 2015).

Nicht festgelegt ist im Koalitionsvertrag, auf welche Art und Weise der Zusatzbeitrag paritätisch finanziert werden soll. Hier sind grundsätzlich zwei Varianten denkbar. Im Rahmen der ersten –

aus Sicht des Autors wahrscheinlicheren Variante – würden sämtliche Arbeitgeber zur Finanzierung der Hälfte des rechnerischen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes nach § 242a SGB V herangezogen werden. Der Vorteil einer solchen Regelung würde darin bestehen, dass Arbeitgeber keinerlei finanzielle Anreize hätten, die Kassenwahlentscheidungen ihrer Beschäftigten zu beeinflussen. Die finanziellen Konsequenzen der Wahlentscheidungen als Folge von Beitragssätzen oberhalb oder unterhalb des rechnerischen durchschnittlichen Beitragssatzes wären somit ausschließlich von den Versicherten zu tragen.

Die zweite Variante könnte darin bestehen, dass die Arbeitgeber grundsätzlich die Hälfte des tatsächlich fälligen Zusatzbeitragssatzes finanzieren. Der Vorteil dieser Lösung würde darin bestehen, dass die paritätische Finanzierung unabhängig von den Wahlentscheidungen der Versicherten durchgängig sichergestellt werden würde – in der ersten Variante bestände eine Parität der Finanzierung lediglich im Hinblick auf den rechnerischen durchschnittlichen Beitragssatz (Gerlinger/Greß 2018).

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung zwar einen Konstruktionsfehler in der aktuellen Finanzarchitektur der GKV beseitigen wird. Diese Maßnahme wird jedoch nichts

### **Wenig konkret ist die Absichtserklärung zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.**

an den strukturellen Einnahmedefiziten der GKV ändern. Die Risikoselektion zu Lasten der GKV an der Schnittstelle zur privaten Krankenversicherung und die einseitige Finanzierung der GKV-Ausgaben durch Lohn- und Erwerbseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze werden insbesondere bei einer Eintrübung der in den letzten Jahren für die GKV-Finanzierung außerordentlich günstigen Konjunktorentwicklung die Debatte um Strukturreformen auf der Einnahmeseite wiederaufleben lassen (Greß 2018).

Die einzige konkrete Maßnahme zur finanziellen Entlastung in der GKV-Finanzierung besteht in der Absichtserklärung zur schrittweisen Einführung von kostendeckenden Beiträgen für die Bezieher von ALG II aus Steuermitteln. Berechnungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit hatten gezeigt, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld die aus Steuern finanzierten Einnahmen um 9,6 Mrd. Euro übersteigen (Albrecht et al. 2017). Die Formulierung zur Einführung „kostendeckender Beiträge“ im Koalitionsvertrag ist insofern missverständlich, als dass in der GKV eine Äquivalenz zwischen Beiträgen und Ausgaben gerade nicht vorgesehen ist. Allerdings zeigt sich auch an dieser Stelle, dass die Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Ausgaben in der GKV problematisch ist. Diese Problematik rührt daher, dass die Höhe der Steuerfinanzierung nicht in hinreichender Art und Weise regelgebunden ist. Eine stärkere Koppelung an die Höhe der Ausgaben von ALG II-Beziehern könnte diese Regelbindung verstärken. Die relativ unverbindliche Formulierung im Koalitionsvertrag („schrittweise Einführung“) lässt jedoch nicht darauf hoffen, dass die Versicherungsgemeinschaft an dieser Stelle zeitnah nachhaltig entlastet wird.

Vergleichsweise konkret ist dagegen die dritte Absichtserklärung im Koalitionsvertrag zur GKV-Finanzierung. Zur Entlastung kleiner Selbständiger soll die Mindestbemessungsgrundlage für die Beiträge dieser Personengruppe auf 1.150 Euro monatlich reduziert werden. Diese vorgesehene Regelung folgt der Erkenntnis, dass gerade kleine Selbständige sich nicht selten in prekären Einkommensverhältnissen befinden und durch die bisherige Mindestbemessungsgrundlage – die primär die Versicherungsgemeinschaft vor Überforderung schützen soll – in unverhältnismäßiger Art und Weise belastet wurden (Haun/Jacobs 2016). Insofern ist die vorgesehene Regelung ein wichtiger Schritt, um die Interessen von Versicherungsgemeinschaft insgesamt und der betroffenen Selbständigen mit niedrigem Einkommen besser auszutarieren.

Wenig konkret ist letztlich die Absichtserklärung zur Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Demnach soll das Ziel eines fairen Wettbewerbs verfolgt, der

Risikostrukturausgleich vor Manipulation geschützt und eine regelmäßige gutachterliche Überprüfung festgelegt werden. Offensichtlich haben sich die Verhandlungspartner nicht tiefgehend mit der zugegebenermaßen komplexen und von politischen Fallstricken durchwirkten Materie beschäftigt. Immerhin lagen nach der Veröffentlichung des Sondergutachtens durch den Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt konkrete Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs vor. Diese Empfehlungen beziehen sich etwa auf die Notwendigkeit eines einheitlichen Handelns der Aufsichtsbehörden, Instrumente zur Reduzierung der Manipulationsanfälligkeit des Risikostrukturausgleichs und die Weiterentwicklung des Klassifikationsmodells als Vollmodell (Drösler et al. 2017). Die Empfehlungen des Beirats wurden – mit Ausnahme derer zu einer regelmäßigen gutachterlichen Überprüfung – im Koalitionsvertrag nicht aufgenommen. Insofern ist zu erwarten, dass die Auseinandersetzungen um die Weiterentwicklung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs die anstehende Legislaturperiode und den neuen Bundesgesundheitsminister begleiten werden.

## 2. Leerstellen im Koalitionsvertrag: Bürgerversicherung und PKV

In der Diskussion um die Weiterentwicklung des deutschen Krankenversicherungssystems während der Verhandlungen um die Bildung einer erneuten großen Koalition dominierte gesundheitspolitisch die von der SPD forcierte Auseinandersetzung um die Einführung einer Bürgerversicherung. Die Intensität dieser Debatte war deswegen überraschend, weil das Thema Bürgerversicherung im Wahlkampf keinerlei Rolle gespielt hatte. In das Wahlprogramm der SPD hatte es ohnehin eine nur sehr abgespeckte Version der Bürgerversicherung geschafft, die auf vermeintlich schmerzhaftes Interventionen zu Lasten der eigenen potenziellen Wählerschaft verzichtete (Greß/Lüngen 2017).

Nach dem Scheitern der Verhandlungen zur Bildung einer Koalition aus Union, FDP und Grünen tauchte die Forderung nach Einführung einer Bürgerversicherung unter der Überschrift „Abschaffung der Zwei-Klassen-Me-

dizin“ aus der gesundheitspolitischen Versenkung auf. In den Ergebnissen der Sondierungsgespräche tauchte das Thema Bürgerversicherung dann an keiner Stelle auf. Diese Leerstelle war dann auch einer der zentralen Kritikpunkte der Delegierten des SPD-Sonderparteitags zur Aufnahme von Koalitionsverhandlungen, die ihre Verhandlungsdelegation zu Nachbesserungen während der Koalitionsverhandlungen aufforderten.

Das Ergebnis dieser Nachbesserung im Koalitionsvertrag besteht aus einem Absatz im Kapitel zur ambulanten Versorgung. Darin wird ein Reformbedarf sowohl des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) in der GKV als auch der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der PKV festgestellt. Es solle daher „ein modernes Vergütungssystem“ geschaffen werden. Vorschläge zur Ausgestaltung sollen bis Ende 2019 durch eine von der Bundesregierung eingesetzte wissenschaftliche Kommission vorgelegt werden. Die Entscheidung über die Umsetzung dieser Vorschläge erfolgt demnach im Anschluss (CDU et al. 2018: 99).

Die vorliegende Formulierung greift somit lediglich die Frage der Reform der Vergütungssysteme in GKV und PKV auf und lässt das duale System der Krankenversicherung unberührt. Hintergrund sind die politisch und wissenschaftlich weitgehend unstrittigen finanziellen Anreize zur bevorzugten Behandlung von privat versicherten Patientinnen und Patienten in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die ärztlichen Leistungserbringer erhalten im Durchschnitt für eine vergleichbare Leistung für einen Privatpatienten eine mehr als doppelt so hohe Vergütung wie für einen gesetzlich versicherten Patienten (Walendzik et al. 2008). Zudem gibt es in der für die private Krankenversicherung maßgeblichen GOÄ keine Mengengrenzen.

Konsequenz dieser unterschiedlichen finanziellen Anreize sind empirisch gut belegte Unterschiede bei Wartezeiten und im Zugang insbesondere zur fachärztlichen Versorgung für gesetzliche Versicherte (Roll et al. 2012) sowie allokativen Fehlanreize bei Niederlassungsentscheidungen (Sundmacher/Ozegowski 2016). In der politischen Debatte während der

Koalitionsverhandlungen hat die SPD die Auswirkungen der Fehlanreize in den Vergütungssystemen als „Zwei-Klassen-Medizin“ verurteilt. Diese Bezeichnung ist jedoch aus Sicht des Autors ebenso irreführend wie die von Mythen, Halbwahrheiten und Ideologie geprägte Kampagne des Verbands der privaten Krankenversicherung zur Existenzrettung des eigenen Geschäftsmodells. Es gibt schließlich keine Belege dafür, dass die Unterschiede im Zugang auch zu einer schlechteren gesundheitlichen Versorgung führen.

**Die vorliegende Formulierung greift lediglich die Frage der Reform der Vergütungssysteme in GKV und PKV auf und lässt das duale System der Krankenversicherung unberührt.**

Nichtsdestoweniger könnte die Formulierung im Koalitionsvertrag ein wichtiger Schritt zur Angleichung der Vergütungssysteme in GKV und PKV und somit zur Neutralisierung der entstehenden Fehlanreize sein. Entscheidend wird allerdings die Umsetzung sein, weil die angesprochenen Formulierungen außer der Bildung einer wissenschaftlichen Kommission keinerlei inhaltlichen Festlegungen enthalten. Aus den Formulierungen geht noch nicht einmal hervor, ob Ziel tatsächlich ein einheitliches Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung sein soll. Die vergleichsweise offenen Formulierungen im Koalitionsvertrag ermöglichen andererseits eine relativ weitgehende politische Gestaltungsfreiheit für die neue Bundesregierung. Der organisierten Ärzteschaft schwebt für die Umsetzung offensichtlich eine Angleichung des EBM an die GOÄ vor – einschließlich eines Verzichts auf Regelleistungsvolumina oder andere Mengengrenzen im EBM. Auf diese Art und Weise würden zwar die Anreize zur bevorzugten Behandlung für Privatversicherte reduziert – allerdings wären die von Versichertengemeinschaft in der GKV zu finanzierenden Zusatzausgaben beträchtlich.

Die Diskussion um die Einführung einer Bürgerversicherung und der Abschaffung der von der SPD so genannten Zwei-Klassen-Medizin während der

Koalitionsverhandlungen hat insgesamt unter einer thematischen Verengung gelitten. Die SPD hat die Debatte um die Einführung einer Bürgerversicherung ausschließlich auf die unterschiedlichen Vergütungsanreize in GKV und PKV reduziert. Diese Engführung lässt sich politisch erklären, weil die unterschiedlichen Zugänge zur ambulanten ärztlichen Versorgung in der Bevölkerung außerordentlich unpopulär sind. Völlig außer vor blieben allerdings – schon im Wahlprogramm der SPD – die Gerechtigkeits- und Nachhaltigkeitsdefizite des dualen Krankenversicherungssystems (Leber 2017).

Eine Bürgerversicherung kann wegen der verfassungsrechtlichen Restriktionen jedoch nur sukzessive mit wahrscheinlich langen Übergangsfristen eingeführt werden (Greß/Bieback 2014). Eine finanzielle Entlastung der GKV-Versicherten-gemeinschaft würde dementsprechend erst mit Verzögerung realisiert werden können. Gleichzeitig wäre eine Angleichung der Vergütungssysteme sehr wahrscheinlich mit Kompensationen für die Leistungsanbieter und zusätzlichen Belastungen für die GKV verbunden. Diese Belastungen müssten vor allem von Versicherten mit kleinen und mittleren Erwerbseinkommen finanziert werden, solange weitere Strukturreformen auf die Finanzierungsseite ausbleiben. Zu diesen Strukturreformen müssten im Rahmen der Einführung einer Bürgerversicherung auch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die Verbeitragung weiterer Einkommensarten gehören (Greß/Lüngen 2017).

## Der Koalitionsvertrag gibt keine Antworten auf die Frage nach einer langfristig nachhaltigen Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems.

Abgesehen von der sehr allgemein gehaltenen Absichtserklärung zur Reform der GOÄ wird die private Krankenversicherung im Koalitionsvertrag nicht direkt erwähnt. Das war auch schon im letzten Koalitionsvertrag so. Dies kann einerseits als Erfolg der Protagonisten zur Erhalt des Geschäftsmodells der PKV interpretiert werden, zu denen neben dem PKV-Ver-

**Tabelle 1: Versicherte in der privaten Krankenvollversicherung 2010 bis 2016**

Unternehmen	2010	2016
Debeka	2.149,0	2.335,7
DKV	911,3	795,6
Axa	737,6	792,7
Allianz	694,0	618,3
Central	509,0	330,6
<b>Branche</b>	<b>8.916,3</b>	<b>8.629,7</b>

Ausweis der Versicherten bei den fünf PKV-Unternehmen mit den im Jahr 2010 größten Marktanteil (in Tsd.)

Quelle: Deutscher Bundestag 2018

band vor allem die Bundesärztekammer und die Arbeitgeberverbände zählen. Andererseits zeigt die Marktentwicklung, dass die Situation in der privaten Krankenversicherung auch ohne Zutun des Gesetzgebers zunehmend prekär wird.

Die Schwächen des Geschäftsmodells in der PKV zeigen sich vor allem in der Abhängigkeit vom Kapitalmarkt und die lang andauernde Phase von äußerst niedrigen Zinsen. Zur Stabilisierung der Prämien sind die privaten Krankenversicherer auf auskömmliche Erträge bei der Anlage der Alterungsrückstellungen angewiesen. Diese Verzinsung ist allerdings – verursacht durch die Niedrig- bzw. Nullzinspolitik der Europäischen Zentralbank – in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Im Jahr 2017 konnte nach Angaben der Bundesregierung erstmals keiner der privaten Krankenversicherer den kalkulierten Rechnungszins von 3,5 Prozent p. a. erreichen (Deutscher Bundestag 2018). Erwirtschaften die privaten Krankenversicherer einen Prozentpunkt weniger Zinsen für die Kapitalanlagen, so müssen sie ihre Prämien um rund zehn Prozent erhöhen. Diese Entwicklung wird sich in den nächsten Jahren deutlich verschärfen, wenn die privaten Versicherer vermehrt niedrigverzinsten Papiere in ihr Portfolio aufnehmen müssen.

Als Konsequenz der Schwächen im Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung sinkt der Marktanteil der PKV. Die Zahl der privat versicherten Personen ist von 8,9 Mio. Personen im Jahr 2010 auf 8,6 Mio. Personen im Jahr 2016 gesunken. Alleine im Jahr 2016 hat die PKV per saldo 166.000 Versicherte verloren. Zugewinne können die privaten Krankenversicherer nur noch

bei den Beamten verbuchen – das wird durch den steigenden Marktanteil der in diesem Versichertensegment traditionell starken Debeka deutlich (vgl. Tabelle 1).

Kurz- bis mittelfristig wird sich die Attraktivität der privaten Krankenvollversicherung weiter verschlechtern. Das liegt nicht nur am steigenden Druck auf die Prämien vor dem Hintergrund der anhaltend niedrigen Zinsen auf dem Kapitalmarkt. Durch die oben angesprochene Senkung der Mindestbemessungsgrundlagen wird der Versicherungsschutz in der GKV gerade für kleine Selbständige deutlich attraktiver. Gleichzeitig steigt der Kostendruck für die Beihilfeträger in Bund und Ländern parallel zum Anstieg des Anteils der Pensionäre im Vergleich zum Anteil der aktiven Beamten (Ochmann et al. 2016). Diese Entwicklung wird über kurz oder lang dazu führen, dass die Beihilfeträger dem Vorbild des Landes Hamburg folgen werden und für die Beamten im Rahmen eines pauschalierten Zuschusses die Mitgliedschaft in der GKV deutlich attraktiver wird.

Entlastung wäre für die privaten Krankenversicherer nur dann in Sicht, wenn es tatsächlich zu einer Vergütungsangleichung in Richtung EBM käme und diese zudem Elemente einer Mengensteuerung enthalten würde. Damit könnte der Ausgabendruck in der ambulanten ärztlichen Versorgung und gleichzeitig der Prämienruck abgemildert werden. Allerdings würde damit auch der letzte verbleibende Wettbewerbsvorteil in Form eines verbesserten Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung hinfällig. Zudem würden die privaten Krankenversicherer als Konsequenz die organisierte Ärzteschaft als ihren wichtigsten Bündnispartner verlieren. Ein Ausweg aus diesem Dilemma ist für die privaten Krankenversicherer nicht erkennbar.

### 3. Fazit

Der Koalitionsvertrag gibt im Hinblick auf die Frage nach einer langfristig nachhaltigen Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems keine Antworten. Die Wiedereinführung der Parität korrigiert zwar einen unter der rot-grünen Bundesregierung des Jahres 2004 eingeleiteten Irrtum und führt die GKV-Finanzierung wieder auf ihren langfristigen Entwicklungspfad zurück. Die derzeit nur von der lang anhaltenden guten konjunkturellen Entwicklung überdeckte struktu-

relle Einnahmenschwäche in der GKV bleibt dagegen unverändert bestehen. Hier kann sich bei einem Einbrechen der Konjunktur für die neue Bundesregierung unerwarteter Handlungsbedarf ergeben.

Unverändert prekär bleibt die Situation in der privaten Krankenversicherung. Die Schwächen des Geschäftsmodells in der PKV treten insbesondere durch die Abhängigkeit von den Entwicklungen auf dem Kapitalmarkt immer deutlicher zutage. Diese Schwächen führen nicht nur zu steigendem Prämiendruck

für die Bestandsversicherten, sondern auch zu einem sinkenden Neugeschäft. Insgesamt wird die Zahl der Versicherten auch im Verlauf der kommenden Legislaturperiode weiter zurückgehen. Der hieraus resultierende Handlungsdruck für die neue Bundesregierung könnte sich als deutlich bedrohlicher für die Existenz der privaten Krankenvollversicherung herausstellen als die insgesamt wenig glaubhaften Forderungen der SPD nach der Einführung einer Bürgerversicherung während der Koalitionsverhandlungen. ■

## Literatur

**Albrecht, M./J. Dietzel/R. Ochmann/G. Schiffhorst (2017).** GKV-Beiträge der Bezieher von ALG II. Forschungsgutachten zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld im SGB II. Berlin, IGES.

**CDU/CSU/SPD (2018).** Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Berlin, 7. Februar 2018.

**Deutscher Bundestag (2018).** Daten zur Situation der privaten Krankenversicherung und Geheimhaltung. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. Berlin, Drucksache 19/746 vom 14.02.2018.

**Drösler, S. et al. (2017).** Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Bonn, Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

**Gerlinger, T./S. Greß (2018).** „Umsetzung der paritätischen Finanzierung in der GKV. Gutachterliche Stellungnahme für den Funktionsbereich Sozialpolitik beim Vorstand

der IG Metall.“ Soziale Sicherheit 67(Extra Januar 2018): 10-21.

**Greß, S. (2018).** „Bürgerversicherung: Auf lange Sicht ohne Alternative.“ Ifo Schnelldienst 71(05): 11-14.

**--- (2016).** Schriftliche Stellungnahme zu den Anträgen der Fraktion DIE LINKE: und der Fraktion BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN zur paritätischen Finanzierung in der GKV (BT-Drucksache 18/7237 vom 12.01.2016 und BT-Drucksache 18/7241 vom 13.01.2015). Berlin, Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache 18(14)0155(8).

**Greß, S./K.-J. Bieback (2014).** „Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit.“ Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 14(4): 7-14.

**Greß, S./M. Lungen (2017).** „Die Einführung einer Bürgerversicherung: Überwindung des ineffizienten Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV.“ G&S Gesundheits- und Sozialpolitik 71(3-4): 68-74.

**Haun, D./K. Jacobs (2016).** „Die Krankenversicherung von Selbstständigen: Reformbedarf unübersehbar.“ Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 16(1): 22-30.

**Knieps, F./H. Reiners (2015).** Gesundheitsreformen in Deutschland. Bern, Verlag Hans Huber.

**Leber, W.-D. (2017).** „AKV pronto!“ G&S Gesundheits- und Sozialpolitik 71(6): 44-50.

**Ochmann, R./M. Albrecht/G. Schiffhorst (2016).** Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige. Teilbericht Beamte. Gütersloh, Bertelsmann-Stiftung.

**Reiners, H. (2015).** „Paritätische Finanzierung und Selbstverwaltung: Grundsatz und Wirklichkeit.“ Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 15(4): 7-15.

**Roll, K./T. Stargardt/J. Schreyögg (2012).** Effect of type of insurance and income on waiting time for outpatient care. Hamburg, hche Research Paper, Center for Health Economics, No. 2011/03.

**Sundmacher, L./S. Ozegowski (2016).** „Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany.“ The European Journal of Health Economics 17(4): 443-51.

**Walendzik, A./S. Greß/M. Manouguian/J. Wasem (2008).** Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Diskussionsbeitrag Nr. 165, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.



Das Beste, was ich je geschrieben habe:  
mein Testament.

Liebe, die bleibt:  
Ein Testament für Menschen,  
die Hilfe brauchen.

[www.malteser.de/testamente](http://www.malteser.de/testamente)

Malteser Hilfsdienst e.V., Zentrale, Tel. (02 21) 98 22-515, E-Mail: [monika.willich@malteser.org](mailto:monika.willich@malteser.org)