

# Systemkohärenz im Gesundheitswesen

## Plädoyer für eine integrierte Krankenversicherung

STEFAN ETGETON,  
UWE SCHWENK,  
JAN BÖCKEN

Dr. Stefan Etgeton  
Senior Expert;

Uwe Schwenk, Director;

Dr. Jan Böcken,  
Senior Project Manager bei  
der Bertelsmann Stiftung  
Gütersloh.

Alle drei Autoren arbeiten  
im Programm „Versorgung  
verbessern – Patienten  
informieren“ der Bertels-  
mann Stiftung.

**Die Diskussion um die Reform der Krankenversicherung und die Zukunft des dualen Systems aus gesetzlicher (GKV) und privater (PKV) Säule hat in den letzten Monaten an Dynamik gewonnen. Kaum eine Woche vergeht, in der nicht neue Vorschläge, Positionen oder Studien zu Einzelthemen der Integration von GKV und PKV veröffentlicht werden. Im Folgenden sollen die wesentlichen Argumente der Diskussion zusammengefasst und zu einem Plädoyer für eine integrierte Krankenversicherung verdichtet werden. Abschließend wird dann der politische Prozess in den Blick genommen, der zu einem integrierten Krankenversicherungssystem führen soll.**

### 1 Analyse des Status Quo

#### 1.1 Gesetzliche Krankenversicherung – Stärken und Herausforderungen

Die deutsche GKV trägt mit ihren Strukturprinzipien wesentlich zum **Zusammenhalt der Gesellschaft** bei, indem sie einen bedarfsbezogenen, vom eigenen Beitrag und Einkommen unabhängigen Leistungsanspruch garantiert und zugleich ihre Einnahmen nicht am individuellen Risiko, sondern der Höhe des (sozialversicherungspflichtigen) Einkommens orientiert. Das Grundprinzip der **Verbindung von Risiko-** (gesund für krank, jung für alt) **und Einkommensausgleich** (reich für arm), das die GKV prägt, wird von der großen Mehrheit der Bevölkerung als gerecht empfunden, und zwar auch von denen, die aufgrund höherer Einkommen einen (in absoluten Werten) vergleichsweise hohen Beitrag zu seiner Finanzierung leisten (Zok, 2010 S. 7ff). Gerade der Einkommensausgleich innerhalb der Krankenversicherung genießt mit über 85 Prozent die

höchsten Zustimmungsraten (Braun, et al., 2010 S. 306).

Die insgesamt positive Gesamtbewertung der GKV darf indes nicht den Blick für die Herausforderungen verstellen, vor denen sie und das deutsche Gesundheitswesen insgesamt stehen:

- Offensichtlich und vielfach diagnostiziert ist die Tatsache, dass die aus der Akutmedizin erwachsenen, **stark segmentierten Versorgungsstrukturen** den epidemiologischen Anforderungen der Zukunft, nämlich einer deutlichen Zunahme vor allem chronisch degenerativer Erkrankungen, nicht mehr gerecht werden. Hier liegen Herausforderungen nicht nur für die Qualität, sondern auch für die Wirtschaftlichkeit der Versorgung.
- Hinzu kommt der rückläufige Anteil sozialversicherungspflichtiger Erwerbseinkommen an der gesellschaftlichen Wertschöpfung. Dadurch geht die Schere zwischen einer der gesamtwirtschaftlichen Dynamik entsprechenden

Ausgabenentwicklung und einer *vergleichsweise stagnierenden Einnahmebasis* immer weiter auseinander.

- Ob die *Alterung der Gesellschaft* zu Kostensteigerungen führt (Medikalisierungsthese) oder die Phase der Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit im Wesentlichen nur nach hinten verschoben wird (Kompressionsthese), ist wissenschaftlich nicht klar vorhersehbar. Es steht aber zu befürchten, dass die Gesundheitsversorgung zumindest einzelner sozialer Gruppen teurer wird.
- Klar ist hingegen, dass das unmittelbare *Aufeinandertreffen einer geburtenstarken („Babyboomer“) auf eine kinderarme Generation („Pillenknick“)* sich negativ auf die Einnahmeseite der Krankenversicherung auswirkt. Mit dem zukünftig steigenden Anteil von Rentenbeziehern sinken die Gesamteinnahmen; das Schrumpfen der nachfolgenden Generationen gefährdet die Balance in der Umlagesolidarität von der anderen Seite der Altersskala.

Mit Blick auf die beschriebenen Einnahmeprobleme sind die Effekte der Heranziehung anderer Einkommensarten (z.B. Kapital-, Mieteinkünfte) bereits im Zuge der letzten großen Reformen der GKV berechnet und diskutiert worden (Albrecht, et al., 2006), allerdings ohne durchgreifende Konsequenzen. Eine nachhaltige Parallelführung der GKV-Einnahmebasis mit der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung folgenden Ausgabendynamik der Krankenversicherung ist bislang nicht erreicht worden. Vielmehr hat der Steuerzahler die Lücke bei den Beitragseinnahmen der GKV in den letzten Jahren durch einen *Zuschuss aus dem Bundeshaushalt* geschlossen: dies und die Anhebung des Beitragssatzes haben in Verbindung mit der positiven Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt zu einer vorläufigen finanziellen Konsolidierung der GKV geführt. Konstante Gesundheitsausgaben – deren Anteil am Bruttoinlandsprodukt im Verlauf der Wirtschaftskrise kurzfristig von 10,6 (2008) auf 11,8 Prozent (2009) stieg – dürften sogar kontrazyklisch und damit stabilisierend gewirkt haben.

Noch bis in die Diskussion um die „Agenda 2010“ hinein wurden die gesamtwirtschaftlichen Aspekte der GKV-Umlagefinanzierung indes vor allem

kritisch, nämlich unter den Gesichtspunkten der demografisch ungünstigen Entwicklung und steigender „Lohnnebenkosten“ betrachtet. Während damals das Prinzip der Kapitaldeckung in Renten-, Pflege-, aber auch in der Krankenversicherung quasi als Patentrezept für Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit angesehen wurde, hat die Krise der Finanzmärkte die *Vorteile des Umlageprinzips* in der Sozialversicherung wieder ins Bewusstsein gehoben. Dessen Stärken sind in der – allerdings im europäischen Vergleich eher untypischen – ökonomischen Situation in Deutschland, mit einem trotz Finanzkrise robusten Arbeitsmarkt und sogar wachsender Beschäftigung, besonders deutlich zum Tragen gekommen. Folgerichtig hat der Vorschlag für einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt nach den Regeln der GKV in den letzten Jahren an Zustimmung gewonnen – und zwar unabhängig vom eigenen Versicherungsstatus (Zok, 2010 S. 11).

## 1.2 Private Krankenvollversicherung – ein Geschäftsmodell in der Krise

Die gegenüber der GKV vorteilhaften Geschäftsbedingungen der PKV (Versicherungspflichtgrenze, beidseitige Kontrahierungsfreiheit, Gesundheitsprüfung vor Vertragsabschluss) führen neben der Bindungswirkung einer nur eingeschränkten Portabilität von Alterungsrückstellungen zu einer durchaus komfortablen Wettbewerbssituation der privaten Krankenversicherer. Dafür bietet die PKV im Unterschied zur GKV, deren Erstattungsbedingungen den sich verändernden Vorgaben des Gesetzgebers unterworfen sind, ein *verlässliches Leistungsversprechen*, das in einigen Bereichen (ambulante Behandlungsmethoden, stationäre Versorgung) oberhalb des GKV-Leistungsrahmens, in anderen aber darunter angesiedelt ist. Je nach Tarif sind etwa Leistungen wie Psychotherapie und Kuren ausgeschlossen oder es werden dem Versicherten hohe Selbstbehalte abverlangt.

Parteipolitisch war und ist das duale System der Krankenversicherung in Deutschland seit den neunziger Jahren umstritten. Die Einführung des *Gesundheitsfonds und des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs*

*in der GKV sowie des Basistarifs in der PKV* durch Union und SPD hat als Kompromiss zwischen den im Grundsatz unvereinbaren Ausgangspositionen die beiden Systeme zwar einander angeähnert, die Optionen für eine grundlegendere Systemreform allerdings weiter offen gelassen. Die Erwartung der PKV, mit einer Klage gegen den Basistarif vor dem Bundesverfassungsgericht das Zwei-Säulen-System verfassungsrechtlich abzusichern, wurde enttäuscht. In seinem Urteil vom Juni 2009 weist das Gericht die Klagepunkte der PKV gegen den Basistarif nicht nur ab, sondern folgt dem Duktus seiner bisherigen Rechtsprechung und erlaubt dem Gesetzgeber, „den Kreis der Pflichtversicherten so ab(zu)grenzen, wie es für die Begründung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist (...). Er hat dabei einen weiten Gestaltungsspielraum.“ (BVerfGE 123, 186) Das Zwei-Säulen-Modell in der Krankenversicherung als solches genießt somit keinen Verfassungsrang, sondern steht mitten im Gestaltungsspielraum der Politik.

Die seit einem Jahrzehnt schwelende, aber politisch ungelöste Systemfrage in der Krankenversicherung gewinnt seit einigen Jahren von einer ganz anderen Seite her an Brisanz: nämlich durch die Krise der privaten Vollversicherung. Die *gravierenden Strukturprobleme*, vor denen die PKV steht, lösten politische Rettungsmaßnahmen aus. Allerdings hatte die Verkürzung der Wartefrist für einen

## Die duale Krankenversicherung steht mitten im Gestaltungsraum der Politik.

Wechsel in die PKV nach Überschreiten der Versicherungspflichtgrenzen von drei auf ein Jahr nur einen kurzfristigen Effekt: 2011 fiel „das Neugeschäft um über 20 Prozent stärker aus als im ersten Halbjahr 2010 (44.500 Personen)“ (PKV-Verband Pressemitteilung vom 17.11.2011). Unterdessen sinkt jedoch der Zugang neuer Kunden und war 2012 erstmals geringer als die Abgänge in die GKV (vgl. Handelsblatt, 02.07.2013). Offenbar stößt das Geschäftsprinzip der PKV rein ökonomisch an seine Grenzen, wobei sich die einnahme- und ausgabe-seitigen Probleme wechselseitig verstärken (Tabelle 1)

Tabelle 1

Einnahmeprobleme:
Der verschärzte <i>Wettbewerb um Neukunden</i> zwingt zu „Einstiegstarifen“, die sich auf Dauer nicht rechnen
Im <i>Basistarif</i> sind die Einnahmen nach oben gedeckelt, so dass auch hier eine kosten-deckende Kalkulation schwer möglich ist
Derzeit klagt die Branche über <i>Verluste in dreistelliger Millionenhöhe durch Nichtzahler</i> , die aufgrund der allgemeinen Versicherungspflicht nicht mehr ausgeschlossen werden können
Ausgabenprobleme:
Die allgemeinen Kostenrisiken ( <i>demografischer Wandel, medizinisch-technischer Fortschritt</i> ) betreffen auch die PKV
Nach wie vor vertritt die PKV gegenüber der GKV ein <i>erhöhtes Leistungsversprechen</i> (wenn auch mit gravierenden Ausnahmen)
Die <i>Preise für ärztliche Leistungen</i> sind für die PKV im Durchschnitt um das 2,6-Fache höher als in der GKV; ähnlich bei Arzneimitteln
Die Unternehmen der PKV sind nicht in der Lage, <i>direkte Verträge mit Leistungserbringern</i> abzuschließen, um Qualität und Preise zu regeln
Die PKV hat kein Instrument zur <i>effektiven Kostenkontrolle, Qualitäts- oder Effizienzsteuerung</i> analog zum Gemeinsamen Bundesausschuss
Der verschärzte Wettbewerb führt zu steigenden Vertriebskosten, etwa durch <i>Erhöhung der Vermittlungsprovisionen</i>

## 2 Plädoyer für eine Systemintegration

### 2.1 Die duale Krankenversicherung im Widerstreit der Argumente

Die Behauptungen, wonach die PKV gegenüber der GKV effizienter, nachhaltiger und generationengerechter sei, haben nicht zuletzt durch die beträchtlichen Prämiensteigerungen der letzten Jahre und die von einigen Versicherungsunternehmen betriebene „Politik der Risikoseparierung“ (IGES-Institut, et al., 2010 S. 4) an Überzeugungskraft verloren. Demgegenüber nimmt die Kritik an der dualen Finanzierung der Krankenversicherung und am Geschäftsmodell der PKV spürbar zu – dabei geht es im Wesentlichen um folgende Aspekte:

- **Defizite der Bedarfsgerechtigkeit:** Die unterschiedlichen Vergütungssysteme von GKV und PKV führen dazu, dass privat Versicherte für Leistungserbringer in der Regel deutlich lukrativer sind als Kassenpatienten. Diese Unterschiede spüren auch die Bürger: So warten 23 Prozent der GKV-Patienten mehr als drei Wochen auf einen Facharzttermin, bei den PKV-Patienten aber nur 8 Prozent (Forschungsgruppe Wahlen, 2013 S. 82). Während 36 Prozent der GKV-Versicherten den regionalen Fachärz-

temangel als Problem wahrnehmen, sind das bei PKV-Versicherten nur 18 Prozent (ebd. S. 232). „Bezüglich der *Kapazitäten* ist im niedergelassenen Bereich eine hohe Korrelation zwischen kleinräumiger Angebotsdichte und Anteil der PKV-Versicherten gezeigt“ (Wasem, 2013 S. 12). Damit sind für die Betroffenen aus der GKV nicht nur Unbequemlichkeiten, wie geringere Servicequalität oder längere Wartezeiten, insbesondere bei Fachärzten, verbunden. Das Zwei-Säulen-System führt zu Fehlallokationen von der Niederlassung der Ärzte bis hin zum Angebot von Leistungen in Diagnostik und Therapie (Becklas, et al., 2013). „Allokative Verzerrungen resultieren aufgrund unterschiedlicher Vergütungsstrukturen von GKV und PKV auch im Bereich der Leistungserbringung. Die höheren Vergütungssätze im Bereich der PKV sowie die dort fehlende Mengenbegrenzung setzen vor allem im ambulanten Bereich finanzielle Anreize, Privatversicherte bei der Allokation medizinischer Leistungen zu bevorzugen. Folge können eine Fehl- und Überversorgung Privatversicherter und eine entsprechende Unterversorgung gesetzlich Versicherter sein. ... Langfristig sollte der Krankenversicherungsmarkt daher vereinheitlicht werden.“ (Wasem, et al., 2010 S. 10)

- **Defizite der Verteilungsgerechtigkeit:** Die mit der Versicherungspflichtgrenze gegebene Option, wonach besser Situierte die Umlagesolidarität der GKV verlassen können, widerspricht dem Gerechtigkeitsempfinden vieler Bürger, die die Prinzipien der GKV bejahen und daher deren durch Einkommensgrenzen gesetzte Geltungsbeschränkung mehrheitlich ablehnen (Braun, et al., 2010 S. 306). Auch aus ökonomischer Sicht ist dies ein kritischer Punkt: „Dass es ... möglich ist, sich aus der GKV und ihren verteilungspolitisch cum grano salis als gerecht angesehenen interpersonellen vertikalen und horizontalen Verteilungswirkungen zu verabschieden, um zu (zumindest zum Wechselzeitpunkt) niedrigeren Beiträgen einen bevorzugten Zugang im Versorgungssystem zu erfahren, will nicht so recht einleuchten“ (Wasem, 2013 S. 18). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung wird in seiner Kritik am System an der dualen Krankenversicherung noch deutlicher: Er sieht „ein Krankenversicherungssystem, in dem alle Bürger versicherungspflichtig sind, dem derzeitigen System mit seinem segmentierten Krankenversicherungsmarkt sowohl aus allokativer als auch aus verteilungspolitischer Sicht als überlegen an. Derzeit wird vor allem aufgrund der Existenz der Versicherungspflichtgrenze ... der Markt segmentiert, und es kommt zu einer ineffizienten Risikoentmischung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zudem können sich Personen mit einem Einkommen jenseits der Versicherungspflichtgrenze sowie Beamte und Selbstständige der Umverteilung im Krankenversicherungssystem entziehen, weshalb auch aus verteilungspolitischer Sicht eine Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze und die Etablierung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes notwendig erscheinen.“ (Sachverständigenrat, 2004 S. 32)

- **Risikoselektion:** „Das in der PKV im Grundsatz angewendete Äquivalenzprinzip kann eo ipso im Rahmen bestimmter ethischer Ansätze durchaus als verteilungsgerecht interpretiert werden, nicht aber in der Verbindung mit der Wahlmöglichkeit zwischen beiden Systemen“ (Wasem,

2013 S. 11). Als ungerecht wird vor allem empfunden, dass eine Krankenversicherung Menschen aufgrund von Vorerkrankungen oder wegen des Alters ablehnen kann. Diese beidseitige Kontrahierungsfreiheit führt zu einem im Durchschnitt besseren Risikoprofil der Versicherten in der PKV. So beschreiben 39 Prozent der privat Versicherten ihren Gesundheitszustand als „ausgezeichnet“ oder „sehr gut“, aber nur 29 Prozent der GKV-Versicherten (Forschungsgruppe Wahlen, 2013 S. 381). Während 23 Prozent der GKV-Patienten den Arzt aufgrund einer chronischen Erkrankung aufsuchten, waren dies in der PKV nur 18 Prozent (ebd. S. 59).

■ **Wettbewerbsdefizite:** Die „Ablösung des dualen Systems durch ein einheitliches Versicherungssystem ist nicht identisch mit [einer] ‚Einheitsversicherung‘“ (Wasem, 2013 S. 16). Durch gleiche Rahmenbedingungen würde der Wettbewerb unter den Krankenversicherungen in einem integrierten System sogar gefördert. Der so genannte *Systemwettbewerb* steht hingegen unter dem Vorbehalt ungleicher Rahmenbedingungen und ist daher „überwiegend dysfunktional“ (ebd.). – Von einem Wettbewerb *innerhalb* der PKV kann ebenfalls nur sehr eingeschränkt die Rede sein, da dieser sich im Wesentlichen auf die Gewinnung von Neukunden und daher auf Anreize für Finanzberater konzentriert, neue Vertragspartner zu gewinnen oder bestehende zum Tarif- bzw. (bei jüngeren Kunden) Anbieterwechsel zu motivieren. „Das grundlegende Problem des heutigen Systems ist der fehlende Wettbewerb um Bestandskunden. Durch die fehlende bzw. unzureichende Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen sind Versicherte, insbesondere mit Vorerkrankungen, nach kurzer Zeit in ihrer Versicherung eingesperrt.“ (Eekhoff, et al., 2013 S. 106) Ein Bestandswettbewerb findet faktisch nicht statt. „Daher fehlt die Grundlage für einen an den Nachfragepräferenzen orientierten und somit effizienten Wettbewerb. Der versicherungstechnische Fortschritt bleibt auf diese Weise stark gehemmt.“ (IGES-Institut, et al., 2010 S. 3)

■ **Effizienzverluste:** Zwischen GKV und PKV existieren gravierende Effizienzunterschiede: „Die Verwaltungskosten

je Vollversichertem in der PKV liegen rund drei Mal so hoch wie in der GKV“ (Paquet, 2013 S. 39). Besonders deutlich tritt das Effizienzgefälle im Personaleinsatz zutage: So kümmert sich ein in der GKV Beschäftigter um fast viermal so viele Versicherte wie in der PKV. Das liegt einmal an der zu geringen Versichertenzahl pro Versicherung: Von den 49 privaten Krankenversicherungsunternehmen übersteigt nur eine die Millionengrenze bei ihren Vollversicherten, bei 16 liegt diese Zahl sogar unter 100.000 (Stand: 01.01.2011). Zudem ist die in der PKV gepflegte Kostenerstattung in der Abwicklung relativ aufwändig. Der Hauptgrund für den vergleichsweise ineffizienten Personaleinsatz dürfte indes darin liegen, dass durch die starke Akquiseorientierung der PKV erhebliche Ressourcen in den Vertrieb fließen: „Rund die Hälfte des Personals dient dem Neugeschäft; die ‚Abschlusskosten‘ betragen über zwei Drittel der gesamten PKV-Verwaltungskosten.“ (Paquet, 2013 S. 8) Für die Gestaltung der Versorgung – gesetzt den Fall, die PKV hätte dazu überhaupt die entsprechenden Instrumente – blieben kaum Personalressourcen übrig. „Die einzelnen PKV-Unternehmen hätten auch mit Vertragsrechten nicht nur keine Marktmacht ..., sondern vor allem keinerlei Erfahrung im Umgang mit den Leistungserbringern im korporativen System.“ (ebd. S. 82) Während also die gesetzlichen Krankenkassen „sich in ihrer Organisation auf die antrags- bzw. genehmigungspflichtigen Leistungen, bei denen ein Fallmanagement bzw. (teilweise) Leistungssteuerung betrieben werden kann“, konzentrieren, „gehört es zu den Charakteristika der PKV, dass sie bisher i.a. keine Leistungssteuerung betreibt und betreiben will (Stichwort: ‚budgetfreie Zone‘).“ (ebd. S. 45)

■ **Risiken im Versicherungsschutz:** Vor Einführung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht trug die strenge Abschottung der Systeme dazu bei, dass Menschen im Übergang zwischen GKV und PKV auf der Strecke und damit völlig ohne Krankenversicherung blieben. Mit der Verpflichtung der PKV, einen

der GKV vergleichbaren Basistarifs anzubieten, wurde einem Teil davon die Rückkehr in die Krankenversicherung ermöglicht. Gleichwohl stellen auch dessen Beiträge für etliche Verbraucher eine finanzielle Überforderung dar, so dass die Anzahl der Menschen ohne geregelte Krankenversicherung laut Mikrozensus 2011 noch immer bei über 130.000 liegt.

Angesichts der offenkundigen – inzwischen nicht mehr nur ordnungs-, sondern vor allem versorgungspolitischen

## Die Integration der Krankenversicherung verfolgt versorgungspolitische Ziele.

– Probleme der dualen Krankenversicherung ist begründungspflichtig nicht nur derjenige, der etwas ändern will, sondern auch, wer am Status Quo festhält. *Für das Nebeneinander von GKV und PKV* müssten zwingende Gründe vorgebracht werden können. Die im Folgenden diskutierten Argumente, mit denen die Befürworter der PKV das duale Krankenversicherungssystem verteidigen, erscheinen jedoch zu schwach, um eine Reform auf Dauer abzuwehren:

■ Trotz eines deutlich geringeren Anteils an den Privatpatienten trage die PKV durch die im Durchschnitt 2,6-fach höhere Vergütung ärztlicher Leistungen überproportional zu den Einnahmen der ambulanten Praxen bei. Diese so genannte *Quersubventionierung* der GKV durch die PKV führt in der ambulanten Versorgung allerdings dazu, dass Regionen und Quartiere mit einem hohen Anteil an privat Versicherten tendenziell über- und solche ohne PKV-Versicherte eher unversorgt sind. Das Argument für die Existenz der PKV, die manchen Ärzten ein Zubrot nach der privaten Gebührenordnung (GOÄ) gewährt, kehrt sich unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten somit gegen das duale System. Ganz abgesehen von den regionalen Verwerfungen, die aus der Konzentration der privat Versicherten auf urbane Räume resultieren, würde der PKV-Versichertenanteil niemals ausreichen, um die Versorgungs-

infrastruktur insgesamt zu sichern. Die PKV bedient sich gleichsam des von der GKV zur Verfügung gestellten Netzes von Ärzten und Einrichtungen. In Regionen mit wenig privat Versicherten wird die Infrastruktur fast vollständig von der GKV getragen, ohne die PKV – wie in anderen (netzgebundenen) Versorgungsbranchen – durch eine Art „Netzgebühr“ an deren Finanzierung zu beteiligen.

- Da die PKV mit ihrem weiten Leistungsversprechen dem Wirtschaftlichkeitsgebot weniger streng unterliege, fänden neue Verfahren und Methoden über die PKV leichteren Eingang in die Versorgung. Diese Funktion als *Innovationsbeschleuniger* erfüllt die PKV vor allem bei Verfahren und Methoden im ambulanten Sektor – allerdings um den Preis fehlender Nutzenbewertung. Im stationären Bereich und bei Arzneimitteln gilt auch für die GKV der Verbotsvorbehalt, so dass hier alle Leistungen erbracht werden können, die nicht explizit, d.h. begründet, ausgeschlossen sind. Über die Qualität der medizinischen Versorgung ist damit freilich noch nichts gesagt. Der Nachweis, dass die Versorgung von PKV-Versicherten qualitativ besser ist als die der so genannten Kassenpatienten, dürfte schwer zu erbringen sein. Allerdings gibt es Hinweise dafür, dass privat Versicherte geringere Unter- mit einem höheren Maß an Überversorgung bezahlen und somit erhöhten Risiken ausgesetzt sind. Eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV stellt etwa mit Blick auf radiologische Untersuchungen fest: „Im Ergebnis bleiben beträchtliche Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten, die vor allem unter dem Aspekt der ökonomischen Anreizstruktur von Bedeutung sind. Insbesondere bei PKV-Versicherten stellt sich die Frage, ob und inwieweit die vergleichsweise sehr hohe Vergütung für radiologische Leistungen mengensteigernd wirkt.“ (Keßler, 2009 S. 8)
- Die Kapitaldeckung in der PKV sorge für mehr *Demografiefestigkeit* in der Krankenversicherung, da hier im Prinzip jede Alterskohorte für sich sorge und auf eine Kohärenz der Generationenfolge nicht angewiesen sei. Die demografische Entwicklung spiele somit für die PKV praktisch keine Rolle. Angesichts der zum Teil deutlichen

Beitragssteigerungen insbesondere für ältere Versicherte muss diese Behauptung mit einem Fragezeichen versehen werden. Zum einen erscheinen die Alterungsrückstellungen in einer erheblichen Zahl von Tarifen nicht ausreichend, um die demografischen und vor allem medizinischen Ausgabenrisiken abzufedern. Wegen stetig steigender Prämien sehen sich daher insbesondere ältere Versicherte gezwungen, in einen Tarif mit weniger Leistungen oder einem höheren Selbstbehalt zu wechseln. So geben über ein Drittel (35,2 Prozent) der PKV-Versicherten an, einen Tarifwechsel zu planen oder bereits vollzogen zu haben, bei den Rentnern sind es sogar 57 Prozent (Zok, 2012 S. 5). Die Nachhaltigkeit des Kapitaldeckungsprinzips wird zusätzlich in Frage gestellt durch die Krisenfälligkeits des Systems mit Blick auf die am Finanzmarkt erzielbaren Renditen. Erstmals beriefen sich im Jahr 2013 private Krankenversicherungsunternehmen gegenüber ihren Versicherten bei Beitragserhöhungen auf die negative Entwicklung am Kapitalmarkt.

Die Entkräftung der Argumente für eine Erhaltung der dualen Finanzstruktur bedeutet indes nicht, dass damit die bereits beschriebenen Probleme für die umlagefinanzierte Krankenversicherung (s. 1.1) automatisch gelöst wären. Die Schaffung einer integrierten Krankenversicherung verfolgt primär versorgungspolitische Ziele – die Frage einer gerechten, effizienten und nachhaltigen Finanzierung ist davon weitgehend unabhängig zu beantworten.

## 2.2 Eckpunkte einer integrierten Krankenversicherung

Der Vorschlag für eine Integration der Krankenversicherung ist nicht ohne Weiteres mit Konzepten der Bürgerversicherung gleichzusetzen. Auch die vom Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung vorgeschlagene „*Bürgerpauschale*“ setzt die Integration der bisher getrennten Krankenversicherungszweige voraus. Die Idee einer für alle gleich hohen Gesundheitsprämie, die den Risiko- vom Einkommensausgleich abkoppelt, mag ordnungspolitisch stringent sein, weil sie die soziale Komponente in das dafür vorgesehene Steuersystem

überführt. Sie geht jedoch am Gerechtigkeitsempfinden der Bevölkerung vorbei. Dass die große Mehrheit (72,3 Prozent) die Gesundheitsprämie ablehnt (Zok, 2010 S. 10), hat vermutlich auch mit der Befürchtung zu tun, in der Krankenversicherung zum Transferempfänger staatlicher Leistungen zu werden. Ein höherer Steuerzuschuss in die Krankenversicherung wird hingegen mehrheitlich befürwortet (Böcken, 2013 S. 18).

Die Anforderungen an eine integrierte Krankenversicherung mit Blick Beiträge und Leistungen glichen denen der heutigen GKV:

- **Kontrahierungzwang** für Krankenversicherungen und freies Wahlrecht der Versicherten,
- Gewährleistung eines vom eigenen Beitrag und Einkommen unabhängigen *bedarfsbezogenen Leistungsanspruchs* nach den jetzigen Regeln der GKV (evidenzbasierte Anpassung),
- Ausrichtung der *Beiträge bzw. Einnahmen* an der Höhe des (sozialversicherungspflichtigen) Einkommens bzw. der *finanziellen Leistungsfähigkeit*, nicht am individuellen Risiko,
- angemessene *Begrenzung der Beitragsbelastung* sowohl für hohe als auch für geringe Einkommen (Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze nach oben und Absenkung nach unten) sowie
- **Ausbau des Steuerzuschusses** zu einer eigenen Finanzierungssäule.

Um die strukturelle Lücke zwischen den sich parallel zum BIP entwickelnden Ausgaben und den auf sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung basierenden Beiträgen (s.o. 1.1) zu schließen und so die Nachhaltigkeit der Umlagefinanzierung zu erhöhen, wird eine *Erweiterung der Einnahmebasis* in der GKV bzw. integrierten Krankenversicherung gefordert. Die unterschiedlichen Reformansätze wurden 2013 in einer Studie des IGES-Instituts im Auftrag des Verbraucherzentrale Bundesverbands und der Bertelsmann Stiftung zu Reformszenarien verdichtet, um sie mit Blick auf die Kriterien „Gerechtigkeit“, „Effizienz“ und „Nachhaltigkeit“ vergleichbar zu machen (Albrecht, et al., 2013). Allen Vorschlägen gemeinsam ist der Versuch, die zur Finanzierung der Krankenversicherung herangezogenen Einkommensarten breiter zu streuen – sei es über die Verbei-

tragung der anderen Einkommensarten oder über einen direkten bzw. indirekten Steuerzuschuss. Im Ergebnis zeigt sich, dass der geringste Aufwand („Bürokratie“) durch einen *direkten Steuerzuschuss* in die Krankenversicherung entstünde. Zugleich ist die Progression in der Einkommensteuer verteilungspolitisch wirksamer als das Beitragssystem, nicht zuletzt weil die Beiträge auf Kapital- und Mieteinkünfte bei einer Ausweitung der Beitragspflicht nur maximal fünf Prozent des Gesamtaufkommens ausmachen würden. Insofern spricht vieles für diese Variante zur Heranziehung nicht-sozialversicherungspflichtiger Einkommensarten.

Allerdings stellt sich unter dem Primat der Haushaltskonsolidierung („Schuldenbremse“) bei weiteren öffentlichen Aufgaben die Frage der *fiskalischen Nachhaltigkeit*: Wie lassen sich die notwenigen Steuermittel zuverlässig für die Krankenversicherung sichern? „Vor dem Hintergrund der bisherigen, in anderen Sozialversicherungszweigen schon wesentlich längeren Erfahrungen mit steuerfinanzierten Bundeszuschüssen lautet die Antwort hierauf zunächst, dass es einen gegenüber Eingriffen des Gesetzgebers immunen Bundeszuschuss in der Krankenversicherung in einem demokratisch verfassten Gemeinwesen nicht geben kann. Allerdings lässt

sich eine steuerliche Kofinanzierung im Vergleich zum Status Quo zugriffsicher machen.“ (Albrecht, et al., 2013 S. 81) Hierzu schlägt Bert Rürup im Rahmen der genannten Studie (ebd. S. 53-66) vor, sich von der Philosophie der versicherungsfremden Leistungen zu lösen und den derzeitigen Bundeszuschuss in einen „*Bundesbeitrag*“ umzuwandeln. Die Höhe dieses Bundesbeitrags wäre regelbasiert an das Aufkommen aus der lohnzentrierten Beitragsfinanzierung zu koppeln, so dass hier eine stabile dritte Finanzierungssäule etabliert würde.

### 3 Der politische Prozess

#### 3.1 Schritte auf dem Weg zur integrierten Krankenversicherung

Die beiden existierenden Versicherungssysteme und das Gesundheitswesen insgesamt müssen schrittweise auf eine integrierte Krankenversicherung vorbereitet werden. Beide Versicherungszweige sind mitsamt den durch sie getrennten Versorgungsbereichen sukzessiv, aber stringent umzugestalten. Am Ende dieser Prozesse sollen sich möglichst alle Bürger in einem gemeinsamen, solidarischen und wettbewerbstüchtigen Krankenversicherungssystem wiederfinden, ohne berechtigte Ansprüche zu verlieren, besondere

Gruppen unverhältnismäßig zu belasten oder gar einer Schutzlücke auszusetzen. Dabei kann an die Strukturreform der Großen Koalition angeknüpft werden, die bereits eine gewisse Annäherung der Systeme zur Folge hatte:

- So wurde mit der Einführung eines verbindlichen *Basistarifs* das Prinzip der risikobezogenen Beitragsgestaltung durchbrochen und die PKV partiell dem Kontrahierungzwang unterworfen. Kritiker sprachen daher von einer „GKV-isierung der PKV“.
- Umgekehrt simuliert der *morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich*, der die Anreize zur Risikoselektion im Wettbewerb der Krankenkassen mindert, auf der Seite der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Kassen so etwas wie risikobezogene Beiträge. „Seine Aufgabe ist ..., aus Solidarbeiträgen versicherungsmathematisch kalkulierte Prämien zu machen.“ (Göppfarth, 2011 S. 37)

Die Meilensteine auf dem Weg zur Systemintegration in der Krankenversicherung und die im Vorfeld zu klarenden Schlüsselfragen wurden im Mai 2013 vom Verbraucherzentrale Bundesverband und der Bertelsmann Stiftung gemeinsam beschrieben und zur Dis-

Tabelle 2

Klärung von Schlüsselfragen	
1. <b>Systemintegration auch in der Pflegeversicherung</b> – Soll im Zuge der Zusammenführung von GKV und PKV ein analoger Prozess auch in der Pflegeversicherung initiiert werden? Wie verfährt man hier mit der Alterungsrückstellung?	2. <b>Integrationsprinzipien: Konvergenz, Angebotsseparation oder Kombination von beidem</b> – Werden die Geschäftsfelder zwischen GKV und PKV getrennt oder nähern sich die Versicherungsanbieter im Angebot an?
3. <b>Verfassungskonforme Integration der Alterungsrückstellungen aus der PKV</b> – Wie lassen sich Rückstellungen aus dem Kapitalstock der PKV individuell oder kohortenbezogen in den Gesundheitsfonds übertragen, um ihre eigentliche Zweckbestimmung erfüllen zu können?	4. <b>Rechtsform der Krankenversicherungen und der entsprechenden Wettbewerbsordnung</b> – Handeln die Krankenversicherungsträger künftig als Körperschaften des öffentlichen Rechts oder Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Wie ist der Wettbewerb innerhalb der Krankenversicherung zu regulieren?
Reformschritte	
5. <b>Konvergenz der Vergütungssysteme von GKV und PKV</b> – Angleichung der ärztlichen Vergütung unabhängig davon, wer die Leistung bezahlt. GKV- und PKV-Vergütung werden auf Systemebene aufkommensneutral integriert.	6. <b>Schaffung eines tragfähigen Beamten- und Selbständigtarifs in der GKV</b> – Einrichtung eines beihilfefähigen Beamtentarifs und Absenkung des so genannten Mindestbeitrags für freiwillig versicherte Selbständige.
7. <b>Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze für Neuversicherte und Einführung der Versicherungspflicht für Selbständige und Beamte</b> – Ein Wechsel in die PKV ist dann nicht mehr möglich. Schaffung analoger Regelungen für Bundes- und Landesbeamte.	8. <b>Eintritt privater Krankenversicherungen in den integrierten Krankenversicherungsmarkt</b> – Schaffung eines PKV-Tarifs, dessen Beitrag nach Einkommen gestaffelt ist und nicht nach individuellem Risiko; der Leistungsrahmen entspricht dem der GKV.
9. <b>Wechselrecht der PKV-Versicherten in die integrierte Krankenversicherung und Ausbau der Portabilität der Alterungsrückstellungen</b> – Eröffnung einer (zeitlich befristeten) Übertrittsoption von der PKV in die integrierte Krankenversicherung, sofern die Alterungsrückstellung individuell portabel gemacht wurde.	10. <b>Regelung für in der privaten Krankenvollversicherung verbliebene Versicherte</b> – Erleichterung von Fusionen privater Versicherungsgesellschaften und Schaffung einer Auffanggesellschaft für nicht mehr leistungsfähige Unternehmen, deren Versicherte in die integrierte Krankenversicherung wechseln können.

kussion gestellt (Bertelsmann Stiftung, Verbraucherzentrale Bundesverband, 2013). Dabei handelt es sich nicht notwendigerweise um eine strenge zeitliche Abfolge, allerdings gehorchen die skizzierten Schritte einer gewissen inneren Logik. (Tabelle 2).

## 3.2 Empfehlungen für einen erfolgreichen Reformprozess

Aus den bisherigen Ausführungen und den Erfahrungen mit vergangenen Reformprozessen im Gesundheitswesen, aber auch in anderen Politikbereichen, wie z.B. dem Ausstieg aus der Atomenergie, lassen sich Empfehlungen ableiten, wie der Weg zu einer Systemintegration in der Krankenversicherung beschritten und erfolgreich zu Ende geführt werden kann. Den Hintergrund dafür bildet der Reformkompass der Bertelsmann Stiftung ([www.reformkompass.de](http://www.reformkompass.de)).

### 3.2.1 Konsens in der grundsätzlichen Richtungsentscheidung

Die im Jahr 2006 in den Niederlanden umgesetzte Reform des Gesundheitssystems zeigt, dass der Weg hin zu einer integrierten Krankenversicherung einen breiten gesellschaftlichen Diskussionsprozess voraussetzt, an dessen Ende eine zumindest von der deutlichen Mehrheit der Beteiligten – Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Verbraucher, Wirtschaft und Politik – mitgetragene Entscheidung für eine Systemintegration stehen sollte. Selbst für den Fall, dass ein parteipolitisches Lager

## Integrierte Vergütung und Portabilität der Alterungsrückstellungen sind zentral.

über eine parlamentarische Gestaltungsmehrheit verfügen sollte, empfiehlt es sich, das andere Lager soweit irgend möglich in den Reformprozess einzubeziehen. An dessen Beginn steht die *ordnungspolitische Grundsatzentscheidung* für eine Systemintegration. Sie sollte von den maßgeblichen Kräften der konkurrierenden politischen Lager im Konsens getroffen werden, um zu verhindern, dass wechselnde parteipolitische Mehrheiten die Konsistenz und Nachhaltigkeit des sich vermutlich über mehrere Legislaturperi-

oden erstreckenden Reformprozesses beeinträchtigen. Das bedeutet freilich nicht, dass jede Frage der Ausgestaltung einer integrierten Krankenversicherung nur einvernehmlich entschieden werden könnte. Solange die Systemfrage im Konsens beantwortet wurde, können die Details der Systemgestaltung, die ja reversibel sein müssen, der Konjunktur politischer Mehrheitsbildungen überantwortet werden.

### 3.2.2 Bildung einer strategie-, kommunikations- und durchsetzungsfähigen Steuerungsgruppe

Die erfolgreiche Konzeption, Kommunikation und Umsetzung eines größeren Reformvorhabens setzt die Bildung einer handlungs- und integrationsfähigen *Kerngruppe* von politischen Akteuren voraus, die zum einen über genügend Fachkompetenz verfügen, um die Sachfragen zu klären, zum anderen aber auch imstande sind, Mehrheiten in der eigenen politischen Gruppe und darüber hinaus für die entwickelten Vorschläge zu organisieren, um diese politisch und gesellschaftlich durchzusetzen. Dabei sind unterschiedliche Sektoren des politischen Handelns zu berücksichtigen: Vertreter der Legislative und Exekutive sind ebenso zu beteiligen wie maßgebliche Partei- und Fachpolitiker; möglicherweise müssen auch die Landesebene oder externe Beratung hinzugezogen werden. Je nach machtpolitischer Konstellation kann es ratsam erscheinen, das Kernteam parteipolitisch lagerübergreifend auszurichten, um die Widerstände in den jeweiligen Gruppen möglichst gering zu halten. Um das Kernteam herum sollte zudem ein Kreis verlässlicher *Reformprotagonisten* aus dem politischen und gesellschaftlichen Umfeld (Wissenschaftler, Verbandsvertreter, Meinungsbildner u.s.w.) versammelt und auf allen Stufen des Reformprozesses aktiv eingebunden werden. Dabei geht es keineswegs um einen Club der Jasager und Jubelclaqueure, sondern um Vertrauensträger, die gerade wegen ihrer öffentlichen Reputation und unabhängigen Analysekompetenz das Reformvorhaben im Grundsatz wohlwollend, aber kritisch begleiten und gegebenenfalls auch nach außen mit kommunizieren können.

### 3.2.3 Formulierung einer konsistenten Reformagenda

Aus der Steuerungsgruppe heraus sollte dann ein in sich möglichst stimmiges Reformkonzept erarbeitet werden, das zum einen Ziele und Maßnahmen darlegt, aber auch in der Lage ist, vermeintliche Vetoargumente der Reformgegner schlüssig zu entkräften und weitere gewichtige Gegenargumente auszuräumen (s.o. 2.1). Die (angeblichen) Vetoargumente gegen eine integrierte Krankenversicherung beziehen sich – vor allem mit Blick auf die Verwendung der Alterungsrückstellungen – auf den grundgesetzlichen Schutz des Eigentums. Zentral für den Transformationsprozess ist daher die Frage, auf welcher versicherungs- und verfassungsrechtlichen Grundlage die Alterungsrückstellungen portabel und übertragbar gemacht werden können: „Die Alterungsrückstellungen sind ... individualisierbare Eigentumspositionen der Versicherten und bilden daher kein Hindernis für den Übergang von der dualen in eine integrierte Krankenversicherungsordnung. Im Gegenteil würde eine Regelung, die ihre uneingeschränkte Portabilität vorschreibt, endlich für Wettbewerb und Wahlfreiheit für alle Versicherten in einem nach einheitlichen Regeln funktionierenden Versicherungsmarkt sorgen.“ (Kingreen, et al., 2013) Der gesetzlich zu bestimmende Mitnahmeanteil läge oberhalb des seit 2009 PKV-intern portablen Teils der individuellen Rücklage. Flankierend wäre durch eine *Angleichung der ärztlichen Vergütung* die Rolle des Versichertenstatus in der Versorgungsrealität zu nivellieren. Während dadurch der Verbleib in der PKV an Attraktivität verlöre, würde durch die *uneingeschränkte Portabilität der Alterungsrückstellungen* die Schwelle für einen Wechsel in die integrierte Krankenversicherung spürbar sinken. Beide Maßnahmen sind also zentrale Elemente eines Reformkonzepts.

### 3.2.4 Diskussion der Reformvorhaben mit den wesentlichen Stakeholdern und Experten

Jenseits des Kreises der Reformprotagonisten und unabhängig von formalisierten Beteiligungsprozeduren empfiehlt es sich, das ausgearbeitete Reformkonzept mit den im Wesentlichen betroffenen Akteuren zu diskutieren. Reformen von dieser

Tragweite werden zwar nie einem reinen Bottom-Up-Prinzip folgen, sondern in der Regel von einer zentralen Kerngruppe (top-down) durchgesetzt werden. Gleichwohl dürfte es die Qualität der Konzeption und damit deren Umsetzungsfähigkeit deutlich erhöhen, wenn die Einschätzung und Expertise der an dieser Umsetzung notgedrungen beteiligten Akteure – bei aller Interessenbindung, die man sich damit auch einhandelt – zu einem frühen Zeitpunkt einbezogen, wenigstens zur Kenntnis genommen wird und dadurch ins Kalkül gezogen werden kann. Dabei ist von vornherein klarzustellen, dass das „Ob“ der Systemintegration nicht mehr zur Debatte gestellt wird, sondern es lediglich um das „Wie“ der Ausgestaltung und Umsetzung geht. Gegebenenfalls ergeben sich daraus Modifikationen am Reformkonzept. In jedem Fall kann aber eine umfassende **Beteiligung der relevanten Akteure** die weitere Kommunikation der Reform erleichtern, sofern es gelingt, sie oder maßgebliche Teile von deren Sinn zu überzeugen oder zumindest einen großen Teil ihrer Einwände zu entkräften. Welche Form dafür gewählt wird – eine

Expertenkommission oder punktuelle Veranstaltungen – kann im laufenden Reformprozess nach Bedarf entschieden werden.

### **3.2.5 Stringente Kommunikation des Reformvorhabens und seiner zentralen Maßnahmen**

Aus Fehlern vorangegangener Reformen – etwa bei der Agenda 2010 – kann man lernen, dass die rechtzeitige, stimmige und glaubwürdige Kommunikation einer tiefgreifenden sozialen Veränderung eingehend und sorgfältig geplant werden muss. Eine Regierungserklärung, die Präsentation von Eckpunktepapieren oder Gesetzentwürfen allein reicht nicht, um die Bevölkerung und die Akteure vor Ort auf dem eingeschlagenen Weg mitzunehmen. Vor allem geht es darum, eine möglichst **stimmige Reformgeschichte** erzählen zu können, in der die Notwendigkeit für Veränderungen dargelegt und die in Angriff genommenen Maßnahmen als Lösung dieser Probleme plausibel gemacht werden

können. Dabei können in der Kommunikation die ökonomischen Verteilungsfragen hinter den Belangen der Versorgungsgerechtigkeit zurücktreten, weil diese den Erfahrungshorizont breiter Teile der Bevölkerung viel unmittelbarer berühren (Böcken, 2013 S. 19). Selbstverständlich gehört zu guter Kommunikation auch, eingängige Formeln, Begriffe und Bilder für die eher abstrakten Struktur- und Prozessveränderungen zu entwickeln und einzuführen. Aber nur die Verbindung von begriffspolitischer Kreativität mit fachlicher Sorgfalt bietet die Gewähr dafür, den Reformprozess gegen die Polemik der Widersacher so weit wie möglich zu immunisieren.

Der skizzierte Reformprozess hin zu einer Integration der Krankenversicherung ist nicht an eine bestimmte parteipolitische Konstellation gebunden. Jede Koalition wird Antworten auf die beschriebenen Probleme geben müssen. Je stringenter diese Antworten formuliert und umgesetzt werden, desto eher kann Politik ihre Handlungsfähigkeit in einem Bereich unter Beweis stellen, der zweifelsohne ihrer Gestaltung obliegt. ■

## Literatur

- Albrecht, Martin, et al. 2013.** Bertelsmann Stiftung. *Projekt Integrierte Krankenversicherung*. [Online] 13.. Mai 2013. <http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/116166.htm>.
- Albrecht, Martin, et al. 2006.** *Stabilisierung der Finanzierungsbasis und umfassender Wettbewerb in einem integrierten Krankenversicherungssystem*. IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung. Berlin : Hans-Böcker Stiftung, 2006.
- Becklas, Emanuel, Mielck, Andreas und Böcken, Jan. 2013.** Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der ambulanten Versorgung – Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten. (Hrsg.) Jan Böcken, Bernard Braun und Uwe Repschläger. Gesundheitsmonitor 2012. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2013.
- Bertelsmann Stiftung, Verbraucherzentrale Bundesverband. 2013.** Gerecht, effizient und nachhaltig. *Zehn-Punkte-Plan zur integrierten Krankenversicherung*. [Online] 13. Mai 2013. [http://www.fundacionbertelsmann.org/fundacion/data/ESP/media/10\\_Punkte\\_Integrierte\\_Krankenversicherung.pdf](http://www.fundacionbertelsmann.org/fundacion/data/ESP/media/10_Punkte_Integrierte_Krankenversicherung.pdf).
- Böcken, Jan. 2013.** Reformbedarf aus der Versichertelperspektive. *Integrierte Krankenversicherung - Veranstaltung*. [Online] 13. Mai 2013. [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xocr/SID-9A42C88C-034B768F/bst/xcms\\_bst\\_dms\\_37892\\_\\_2.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xocr/SID-9A42C88C-034B768F/bst/xcms_bst_dms_37892__2.pdf).
- Braun, Bernard und Marstedt, Gerd. 2010.** Gesundheitspolitik auf dem Prüfstand. (Hrsg.) Jan Böcken, Bernard Braun und
- Juliane Landmann. *Gesundheitsmonitor 2010*. Gütersloh : Verlag Bertelsmann Stiftung, 2010.
- Ekhoff, Johann und Arentz, Christine. 2013.** Zur Zukunft der PKV: Probleme und Perspektiven. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*. 18, 2013, S. 106-110.
- Forschungsgruppe Wahlen. 2013.** Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2013 - Tabellenband. [Online] Mai/Juni 2013. [http://www.kbv.de/media/sp/KBV\\_Tabellenband\\_2013\\_gesamt.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/KBV_Tabellenband_2013_gesamt.pdf).
- Göpfarth, Dirk. 2011.** Regionalmerkmale im Risikostrukturausgleich. [Hrsg.] Uwe Repschläger, Claudia Schulte und Nicole Osterkamp. *Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell 2011*. Düsseldorf : s.n., 2011.
- IGES-Institut und Rürup, Bert. 2010.** Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung - Kurzfassung. [http://www.iges.de/leistungen/gesundheitspolitik/private\\_krankenversicherung/e11091/infoboxContent11092/Schlussbericht\\_WettbewerbPKV\\_Kurzfassung\\_ger.pdf](http://www.iges.de/leistungen/gesundheitspolitik/private_krankenversicherung/e11091/infoboxContent11092/Schlussbericht_WettbewerbPKV_Kurzfassung_ger.pdf).
- [Online] 2010.
- Keßler, Torsten. 2009.** *Radiologie - Analyse ambulanter Arztrechnungen zu Abschnitt O. der GOÄ*. Köln : Wissenschaftliches Institut der PKV, 2009. Diskussionspapier.
- Kingreen, Thorsten und Schramm, Peter. 2013.** Fraglicher Wettbewerb. *Süddeutsche Zeitung*. 3. Juni 2013.
- Paquet, Robert. 2013.** *Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung*. Arbeit und Soziales, Hans Böckler Stiftung. Düsseldorf : s.n., 2013.
- Sachverständigenrat, gesamtwirtschaftliche Entwicklung. 2004.** „*Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland – Jahresgutachten 2004/05*. Wiesbaden : s.n., 2004.
- Wasem, Jürgen. 2013.** Die duale Finanzierung aus volkswirtschaftlicher und versorgungspolitischer Sicht. *Integrierte Krankenversicherung - Veranstaltung*. [Online] 13. Mai 2013. [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xocr/SID-50EE53DC-A31F6DE3/bst/xcms\\_bst\\_dms\\_37894\\_\\_2.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xocr/SID-50EE53DC-A31F6DE3/bst/xcms_bst_dms_37894__2.pdf).
- Wasem, Jürgen, et al. 2010.** *Ein gesundheitpolitisches Reformprogramm*. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Essen : s.n., 2010.
- Zok, Klaus. 2010.** *Erwartungen an Versorgung und Finanzierung der Krankenversicherung*. Wissenschaftliches Institut der AOK. Berlin : KomPart Verlagsgesellschaft mbH, 2010. WIdo monitor. 01/2010.
- . 2012. *GKV/PKV im Vergleich - die Wahrnehmung der Versicherten (Ergebnisse einer Umfrage unter GKV- und PKV-Versicherten)*. Wissenschaftliches Institut der AOK. Berlin : KomPart Verlagsgesellschaft mbH, 2012. WIdo monitor. 02/2012.