

# **Anmerkungen und Thesen zur wirtschafts- und wettbewerbspolitischen Bedeutung der PKV**

*von Prof. Dr. Volker Ulrich und Dr. Christian Pfarr*

*Universität Bayreuth*

*September 2013*

## **Inhalt**

Einführung .....	3
1. Die Private Krankenversicherung stärkt als Wettbewerber das Gesundheitssystem .....	4
2. Das Anwartschaftsdeckungsverfahren der PKV führt zu einer (volkswirtschaftlichen) Positiv-Rendite .....	7
3. Die PKV ist ein bedeutender Akteur in der nationalen und internationalen Gesundheitswirtschaft .....	9
4. Die Private Krankenversicherung ist ein wichtiger Arbeitgeber und Steuerzahler	12
5. Die Private Krankenversicherung vermindert den Generationenkonflikt und..... stärkt die Nachhaltigkeit .....	14
Fazit.....	16
Literatur .....	18

## Einführung

Über die Bedeutung der privaten Krankenversicherung für das deutsche Gesundheitswesen wird im Wahljahr intensiv diskutiert. Verfechter eines einheitlichen Krankenversicherungsmarkts betonen die Verzerrungen des bestehenden dualen Systems aus gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) und versprechen sich allokativen und distributiven Vorteilen für die Krankenversicherung bei einem Übergang zu einem einheitlichen Krankenversicherungsmarkt. Allerdings wird bei der Kritik an der PKV gerne über die bestehenden Schwächen des umlagefinanzierten GKV-Systems im demographischen Wandel und insbesondere über die fehlende Nachhaltigkeit der GKV hinweggesehen.

Wegbereiter einer Bürgerversicherung könnte eine schrittweise Annäherung der Versicherungssysteme sein. Es gibt aber letztlich keinen eleganten oder einfachen Weg eine Bürgerversicherung in Deutschland einzuführen. Eine Bürgerversicherung, die nicht nur die gesamte Wohnbevölkerung umfasst, sondern auch ihre Finanzierungsbasis um weitere Einnahmearten verbreitert, entspricht letztlich einer Einkommenssteuer II, die neben das bestehende Einkommensteuer- und Transfersystem tritt. Hier sind die Gefahren, dass es zu einer Zwei-Klassen-Medizin und zu langen Wartelisten kommt sehr viel größer. Zahlungskräftige Menschen können sich die erwünschten Leistungen jenseits des einheitlichen Versorgungsniveaus der Bürgerversicherung einkaufen. Beispiele aus anderen Ländern gibt es zahlreiche. Hinzu kommen die nach wie vor ungelösten Probleme des Übergangs.

Aus wissenschaftlicher Perspektive käme eine Annäherung der beiden Systeme wohl am ehesten durch die Einführung eines Modells in Frage, das der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bereits im Jahr 2004 vorgeschlagen hat und das die Umstellung der Arbeitnehmerbeiträge in der GKV auf kassenspezifische Kopfpauschalen vorsieht (vgl. SVR 2004). Dieses Modell stößt in der Bevölkerung aber auf keinerlei Akzeptanz und wird zurzeit von keiner Partei gefordert oder unterstützt.

Interessanterweise wird die Beibehaltung der bestehenden Dualität in den letzten Monaten wieder mit mehr Nachdruck diskutiert und eingefordert. Ausgehend von der Wahrnehmung, dass die Koexistenz von GKV und PKV zu den Stärken des deutschen Gesundheitssystems zählt, wird häufig von reformierter Dualität gesprochen. Letztlich geht es um Reformen in den Systemen. Darauf weist sogar Bundeskanzlerin Angela Merkel in einem Interview hin: *„Das Zwei-Säulen-Prinzip hat sich alles in allem bewährt, bei dem wir die private Krankenversicherung ebenso wie die gesetzli-*

*che Krankenversicherung kontinuierlich an die gesellschaftlichen Entwicklungen anpassen“ (Apotheken-Umschau 2013, S. 64).*

Über das Für und Wider der Dualität aus GKV und PKV ist schon viel gestritten worden (vgl. SVR 2004, Richter 2005 und 2009, Breyer 2012, Rothgang et al. 2012, Albrecht et al. 2013, BÄK 2013, Wasem et al. 2013). Fest steht dabei – ob ursächlich oder nicht –, dass das Modell der Dualität aus GKV und PKV mit einem fast einheitlichen Versorgungssystem für alle Patienten in der Vergangenheit die Versorgungsnachteile der meisten staatlichen Systeme mit langen Wartelisten, Einschränkungen der Patientensouveränität und Zweiklassenmedizin vermieden hat (vgl. Finkenstädt und Niehaus 2013). Wenig lässt sich derweilen über die wirtschafts- und wettbewerbspolitische Bedeutung der Privaten Krankenversicherung lesen. Im Folgenden sollen daher Thesen zur wirtschafts- und wettbewerbspolitischen Bedeutung der PKV näher beleuchtet und auch mit Literaturhinweisen hinterlegt werden.

## **1. Die Private Krankenversicherung stärkt als Wettbewerber das Gesundheitssystem**

Wettbewerb im Gesundheitswesen stellt keinen Selbstzweck dar, sondern sollte sich auf die Leistungsseite des Gesundheitswesens auswirken, d.h. zu einer verbesserten Versorgung der Versicherten führen (vgl. SVR Gesundheit 2012; Ulrich und Wille 2009). Gleichzeitig eröffnet der Wettbewerb – das gilt sowohl innerhalb als auch zwischen den Versicherungssystemen – den Versicherungsnehmern, bei den gerade in Zeiten steigender Gesundheitskosten mit Präferenzunterschieden zu rechnen ist, im Rahmen freiheitlichen Handelns vielfältige Wahl- und Wechselmöglichkeiten (vgl. Jacobs et al. 2002, S. 17 f.).

Der Wettbewerb zwischen den Systemen GKV und PKV ist gegenwärtig sicherlich nicht bestmöglich ausgestaltet, da ein großer Teil der Bevölkerung keine Wahlmöglichkeiten hat (vgl. Jacobs 2012, S. 10). Rund drei Viertel der deutschen Wohnbevölkerung sind als Mitglieder oder deren mitversicherte Angehörige in der GKV pflichtversichert. Die Beamten und ihre beihilfeberechtigten Angehörigen sind zwar nicht rechtlich, aber faktisch der PKV zugeordnet, weil sie im Fall einer freiwilligen GKV-Versicherung den gesamten Versicherungsbeitrag ohne Arbeitgeberbeteiligung selbst entrichten müssen. Ein Wahlrecht haben beziehungsweise hatten letztlich nur Angestellte mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze sowie Selbstständige. Aktuell sind das in der PKV immerhin rund 2,5 Mio. Versicherte plus deren Kinder, die nicht selbst aktiv über ihre Versicherung entschieden haben (vgl. Finkenstädt und Keßler 2012, S. 17). Der Wettbewerb zwischen GKV und PKV konzentriert

sich bislang auf diese Gruppen von Personen, wobei der Gedanke der Bürgerversicherung – mehr Versicherte in der GKV wäre gleichbedeutend mit mehr Wettbewerb – als Trugschluss zu betrachten ist (vgl. Pimpertz 2013, S. 10). Denn die Zielrichtung des Wettbewerbs sollte sein, eine qualitativ möglichst hochwertige und zugleich wirtschaftliche Gesundheitsversorgung sicherzustellen, wozu weitere Reformen sowohl bei GKV und PKV unerlässlich sind.

Die beschriebene Sichtweise auf den Wettbewerb zwischen den Systemen GKV und PKV bildet allerdings nur eine Seite des Wettbewerbs ab (vgl. Augurzky und Tauchmann 2012, S. 6). Im Rahmen eines indirekten Wettbewerbsverhältnisses zwischen GKV und PKV übt die Existenz der PKV mit ihrer Innovationsoffenheit Druck auf das GKV-System aus, wenigstens mit Verzögerung neue medizinische Verfahren zu akzeptieren beziehungsweise den gesetzlich definierten Leistungskatalog nicht zu stark einzuschränken. Ohne die PKV würde dieser Druck entfallen mit der Tendenz zu einer Versorgung auf einem niedrigeren Niveau (vgl. Augurzky und Felder 2013, S. 44).

Die Wettbewerbsbedingungen in der PKV unterscheiden sich teilweise deutlich von denen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, vor allem im Hinblick auf die Finanzierung (Kapitaldeckung), auf das Verhältnis zu den Leistungsanbietern sowie auf die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten der Versicherungsverträge.

Während in den gesetzlichen Kassen der Leistungskatalog zu 95 bis 98 % gesetzlich vorgeschrieben ist (Ausnahme: Satzungsleistungen und Wahltarife), können Private Krankenversicherungsunternehmen ihren (potentiellen) Versicherten entsprechend der individuellen und heterogenen Versichertenpräferenzen individuelle Leistungsangebote machen. Dass diese individuellen Präferenzen existieren, zeigen sehr unterschiedliche Studien: So stellen unter anderem Pfarr und Schmid (2013), Vroomen und Zweifel (2011) sowie Becker (2006) in Rahmen von sogenannten Entscheidungsexperimenten für verschiedene Länder fest, dass „Präferenzenheterogenitäten“ bei der Wahl eines Krankenversicherungsvertrags ein sehr wichtiges Kriterium darstellen und insbesondere eine Einschränkung der Arztwahl auf wenig Akzeptanz stößt. Derartige individuelle Präferenzen sind letztendlich nicht im Einklang mit einer einheitlichen Sozial- oder Bürgerversicherung zu bringen.

Wichtige (neue) Akzente für mehr Wettbewerb innerhalb der PKV könnten unter Umständen die verbesserte Mitnahmemöglichkeit der Alterungsrückstellungen des Versicherten bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens<sup>1</sup> oder ein verstärktes

---

<sup>1</sup> Zur Mitgabe von Alterungsrückstellungen schlägt unter anderem Zähle (2010) ein Verfahren vor, das sowohl Werte für die Prämie als auch für das mitzugebende Kapital bestimmt.

Leistungs- und Vertragsmanagement in der PKV setzen. Wechselt ein Kunde das Unternehmen, verbleiben die Altersrückstellungen beim Versicherer. Zum (stetig größer werdenden) Kreis der Ausnahmen gehören Bestandsversicherte mit einem Vertragsabschluss nach 1.1.2009 und Versicherte mit einem Wechsel in den Basistarif eines anderen Unternehmens. Dann wird dem Kunden ein Teil der angesammelten Rückstellungen mitgegeben, im Durchschnitt um die 60 % der Gesamtsumme (vgl. Fricke 2013, S.1). Eine weitreichende Mitnahmemöglichkeit für die Altersrückstellungen (auch im Bestand) würde die Wettbewerbsintensität innerhalb des PKV-Systems erhöhen (vgl. Meyer 2007, S.8). Dabei müsste allerdings gewährleistet sein, dass die Mitnahme von Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel von Versicherten sich nicht überproportional zu Lasten der im alten Tarif zurückbleibenden Versichertengemeinschaft auswirkt.

Zur steigenden Wettbewerbsintensität innerhalb der Privaten Krankenversicherung würden auch weitreichende Vertragskompetenzen mit den Leistungserbringern beitragen. Während die GKV heute schon über weitreichende Vertragsmöglichkeiten verfügt, sollten die Unternehmen der PKV auf den Leistungsmärkten weitere Spielräume erhalten, mit Leistungsanbietern unmittelbar insbesondere über die Qualität der medizinischen Versorgung der Privatpatienten zu verhandeln und von den amtlichen Gebührenordnungen abweichende Vergütungsvereinbarungen treffen zu können (vgl. Albrecht et al. 2010, S. 101). Nur so kann sich die PKV mittel- bis langfristig vom „Payer“ zum „Player“ entwickeln.

Eine viel diskutierte Entwicklungsthese zum Wettbewerbsverhältnis zwischen PKV und GKV betrifft die Konvergenz der Systeme (vgl. SVR 2004, Albrecht et al. 2013, BÄK 2013, Paquet 2013, Richter 2005 und 2009). Steuern beide Systeme im Sinne einer Konvergenz bereits heute aufeinander zu? Entwickelt sich die PKV durch den Basistarif in Richtung GKV und die GKV durch neue Wahltarife in Richtung PKV? Der Basistarif ist nur von der Anlage her ein solches Konvergenz-Konstrukt. Für Menschen, die einen PKV-Schutz suchen, erweist er sich als eher uninteressant (nur 0,3% der privat Vollversicherten sind im Basistarif versichert). Eine GKV-isierung der PKV ist aus dieser Perspektive weder unmittelbar noch mittelbar zu erkennen.

Umgekehrt entsprechen Praxis und Handhabung der Wahltarife nicht unbedingt dem PKV-üblichen Standard. Die Wahltarife stellen in der GKV ein systemfremdes Element dar (vgl. Krummacker et al. 2007, S. 9), sie ermöglichen GKV-Versicherten ein Vorteilshopping (vgl. Paquet 2007, S. 6), das eher für die interne Produktgestaltung von Bedeutung ist als für die Konvergenz der Systeme. Auch von einer PKV-isierung der GKV kann daher nicht direkt gesprochen werden. Durch Vertriebskooperationen kommt es zwar zu einer engen Zusammenarbeit von PKV-Unternehmen mit gesetzlichen Kassen, die elementaren Systemgrenzen werden dabei aber nicht in Frage ge-

stellt. Eine Systemvermischung zwischen GKV und PKV ist daher unter den gegebenen Wettbewerbsbedingungen jetzt und in Zukunft nicht zu erkennen. Allen in den letzten Jahren zahlreich unternommenen Versuchen, einen Konvergenzprozess auf den Weg zu bringen, stehen die fundamentalen Unterschiede zwischen den gewachsenen Systemen GKV und PKV entgegen (vgl. Wille et al. 2012).

## **2. Das Anwartschaftsdeckungsverfahren der PKV führt zu einer (volkswirtschaftlichen) Positiv-Rendite**

Private Krankenversicherungen agieren im Kapitaldeckungsverfahren und verwalten eine große Summe Kapital. In diesem Zusammenhang treten private Krankenversicherungen sowohl als Gläubiger, Finanzier als auch als Finanzintermediär auf. Die Versicherungswirtschaft ist ein langfristiger Anleger auf den internationalen Kapitalmärkten und finanziert auf diese Weise Unternehmen, Immobilien, Banken und insbesondere Projekte der öffentlichen Hand.

Das Gesamtvolumen an Kapitalanlagen von Versicherern beläuft sich auf ca. 1,3 bis 1,4 Billionen Euro (vgl. GDV 2012a; 2013; Prognos 2012). Das entspricht in etwa 30 % des Bruttogeldvermögens privater Haushalte in Deutschland bzw. ca. 40 % des umlaufenden Volumens am Wertpapiermarkt (vgl. Prognos 2012). Die Kapitalanlagen der privaten Krankenversicherer belaufen sich auf rund 180 Mrd. Euro (vgl. PKV 2012). Jedes Jahr kommen rund 10 Milliarden Euro dazu. Zuletzt im Jahr 2011 waren es 11,4 Mrd. €. Diese Erhöhung der Alterungsrückstellungen entspricht einem Anteil an der gesamtwirtschaftlichen Nettoersparnis von 5,4 % (vgl. Schönfelder und Wild 2013, S. 27). Dies ist ein nicht zu unterschätzender Beitrag zum Wachstum der deutschen Volkswirtschaft und des deutschen Volksvermögens. Die Bürgerversicherung würde diesen Beitrag der PKV zum volkswirtschaftlichen Sparvolumen mit entsprechenden realwirtschaftlichen (Konsequenzen) aufzehren (vgl. Schönfelder und Wild 2013, S. 47).

Die durchschnittliche Verzinsung der Kapitalanlagen in der PKV lag in 2012 (trotz Schulden- und Finanzmarktkrise) bei 4,2 Prozent. Eine Differenzierung der Kapitalanlagen deutscher Versicherer zeigt, in welcher Form das Kapital investiert wird. Über 50 % der Kapitalanlagen empfangen Staaten bzw. Kommunen. Ca. 25 % des angelegten Kapitals liegt bei Investmentfonds, ca. 15 % bei Banken und ca. 10 % bei Sonstigen Empfängern (vgl. Prognos 2012). Insbesondere die öffentlichen Empfänger dieses Kapitals sind von der Existenz der Versicherungsindustrie und im Speziellen der privaten Krankenversicherer abhängig, da die Branche partiell als Finanzier des deutschen Staates zu betrachten ist. Mit Einführung der Bürgerversicherung

würde dieser Kapitalfluss nicht mit sofortiger Wirkung zum Erliegen kommen. Doch der Kapitalstock würde sukzessive sinken, entsprechende Konsequenzen für den Staat: Ein wichtiger Nachfrager staatlicher Anleihen würde wegfallen.

Das durch die PKV als Finanzintermediär kumulierte Geldvermögen bzw. der gebildete Kapitalstock ist für die gesamte Volkswirtschaft von zentraler Bedeutung (vgl. zu diesem Absatz Schönfelder und Wild 2013, S. 14f.). Unter Wachstumsaspekten fällt das Sparen und somit die Kapitalbildung bei einem Kapitaldeckungsverfahren insgesamt höher aus als in einem Umlageverfahren (vgl. Breyer und Buchholz 2009, S. 132–134). Schon Feldstein (1974, S. 916) zeigt, dass ein Kapitaldeckungsverfahren – wenn sich die gesamtwirtschaftliche Sparquote erhöht – einen höheren Wachstumspfad ermöglicht. Eine Veröffentlichung von Bruce und Turnovsky (2013, S. 12ff.) findet umgekehrt Indizien, dass unter Berücksichtigung der Alterung der Bevölkerung umlagefinanzierte Sozialversicherungen einen negativen Einfluss auf die Wachstumsraten des BIP haben.

Die letztgenannte Veröffentlichung bezieht sich auf die Altersvorsorge. Entsprechende Analysen speziell für die kapitalgedeckte Krankenversicherung fehlen, allerdings ist anzunehmen, dass sich ähnliche Zusammenhänge einstellen würden. So stellt das Rheinisch-Westfälische Forschungsinstitut (RWI) fest, dass die Umlagefinanzierung in der GKV schon heute einer (impliziten) Besteuerung der GKV-Versicherten in Höhe von durchschnittlich 6,7 Prozent pro Jahr auf das beitragspflichtige Einkommen während des gesamten Arbeitslebens entspricht (vgl. Augurzky und Felder 2013, S.44).

Die Ausdehnung der umlagefinanzierten GKV erhöht dagegen die impliziten Schulden. Diese stellen unter diesem Aspekt zunächst Ansprüche an die Sozialversicherungssysteme dar, die nicht verbrieft sind und beispielsweise durch Leistungskürzungen verringert oder nicht zurückgezahlt werden. Unter den heute vorherrschenden Bedingungen einer anhaltend niedrigen Geburtenrate führt die Ausdehnung des Umlageverfahrens somit zu keinerlei (oder lediglich sehr geringen) Wachstumsimpulsen. Das Kapitaldeckungsverfahren ist daher im Hinblick auf die „Systemrendite“, die Schaffung neuer Arbeitsplätze und das Wirtschaftswachstum günstiger zu beurteilen als das (national ausgerichtete) Umlageverfahren. Das Erfordernis eines langfristig größeren Kapitalstocks in einer alternden Gesellschaft ist unbestritten. Denn mittel- und langfristig ist die Umlagefinanzierung im demographischen Wandel mit konstant niedrigen Geburtenraten keine Antwort auf den demografischen Wandel. In der Zukunft benötigt Deutschland einen höheren Kapitalstock, um die geringere Zahl an Erwerbstätigen mit mehr Kapital auszustatten. Dadurch steigen die Kapitalintensität und auch die Arbeitsproduktivität an (vgl. Carmichael und Dissou 2000).



Insgesamt zeigen die Literaturquellen die Vorteilhaftigkeit des Kapitaldeckungsverfahrens im demographischen Wandel. In der PKV liegt Generationengerechtigkeit vor, die gleichzeitig eine notwendige Bedingung für Nachhaltigkeit ist. Jeder Privatversicherte sorgt für sich selbst vor, während die im Verbund mit dem medizinisch-technischen Fortschritt ausgabensteigernde doppelte Alterung den Generationenvertrag in der GKV besonders stark trifft. Dennoch kann auch das Kapitaldeckungsverfahren nicht vollends gegen den demographischen Wandel immunisieren. In einer Welt mit Unsicherheit und Risiko kann das grundsätzlich kein Finanzierungsverfahren leisten (vgl. Schönfelder und Wild 2013). Insofern kann man festhalten, dass das Prinzip der Kapitaldeckung oder das Anwartschaftsdeckungsverfahren eine (ideale) Ergänzung zur in Deutschland dominierenden Umlagefinanzierung darstellt.

### **3. Die PKV ist ein bedeutender Akteur in der nationalen und internationalen Gesundheitswirtschaft**

Die Gesundheitswirtschaft in Deutschland stellt inzwischen einen bedeutenden Wirtschaftszweig dar, auf dem 4,9 Mio. Arbeitnehmer beschäftigt sind (vgl. BMG 2013). Die Versicherungsbranche im Allgemeinen und die private Krankenversicherung im Speziellen agieren dabei nicht nur auf nationalen, sondern auch immer mehr auf den internationalen Gesundheits- und Versicherungsmärkten. Einzelne Versicherungskonzerne haben ihre Geschäftstätigkeiten bereits weltweit ausgedehnt (vgl. GDV 2010). Das Hauptaugenmerk der Versicherungswirtschaft liegt dabei auf den westlichen und östlichen Industrieländern. Jedoch nehmen die Aktivitäten im Bereich der Emerging Markets weiter zu (vgl. GDV 2010). Dabei ist als entscheidender Faktor für die Auslandsaktivitäten das vorhandene Know-how aus dem deutschen Versicherungsmarkt zu nennen. Die Versicherungswirtschaft und damit auch die private Krankenversicherung, welche im Ausland den Versicherten häufig Gesundheitsleistungen direkt bereitstellt, profitiert folglich von ihren Erfahrungen im deutschen Binnenmarkt. Der deutsche private Krankenversicherungsmarkt ist demnach für die deutschen Unternehmen als Referenzmarkt für die Aktivitäten auf den internationalen Versicherungsmärkten zu betrachten. Eine einheitliche Bürgerversicherung würde diesen Referenzmarkt zerstören.

Zur Gesundheitswirtschaft auf nationaler Ebene gehört ohne Zweifel eine gute medizinische Infrastruktur für alle Bürger. Sie erhöht den Wohlstand und gibt den Menschen entsprechende Sicherheit. In Deutschland wird die medizinische Infrastruktur auch und in besonderem Maße von den Privatversicherten finanziert. Die PKV leistet für die medizinische Versorgungsqualität in Deutschland einen hohen, von Finanz- und Wirtschaftskrisen unabhängigen und stabilen (im Vergleich zur GKV überpropor-

tionalen) Finanzierungsbeitrag (vgl. Kaiser 2013, S. 9f.). So können die Leistungserbringer in Deutschland in medizinische Geräte, fortschrittliche Behandlungsmethoden und in eine moderne Praxisinfrastruktur investieren.

Wasem et al. (2013), Niehaus (2013) und Kaiser (2013) quantifizieren in drei Studien den oben beschriebenen überproportionalen Finanzierungsbeitrag privatversicherter Patienten, der dadurch entsteht, dass die behandelte Person nicht im System der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern privat versichert ist (sogenannte Mehrumsätze). Die durch privat krankenversicherte Patienten erwirtschafteten Mehrumsätze für die Gesundheitsindustrie beliefen sich demnach im Jahr 2011 auf ca. 11 Mrd. Euro, was verglichen mit dem Jahr 2006 einer Wachstumsrate von ca. 15 % entspricht. Im Folgenden ist die Zusammensetzung der durch privatversicherte ausgelösten Mehrumsätze aufgelistet (vgl. Niehaus 2013):

Arzthonorare:	5.382 Mio. Euro
Arznei-, Heil-, Hilfsmittel:	2.846 Mio. Euro
Zahnmedizin:	2.352 Mio. Euro
<u>Stationärer Bereich:</u>	<u>530 Mio. Euro</u>
Summe:	11.110 Mio. Euro

Der größte Anteil der Mehrumsätze mit ca. 5,3 Mrd. Euro im Jahr 2011 entfällt auf den ambulanten Sektor, der verglichen mit dem Jahr 2006 um ca. 23 % gestiegen ist. Ca. 2,8 Mrd. Euro der Mehrumsätze fallen im Bereich der Arznei-, Hilfs- und Heilmittelversorgung an und ca. 2,3 Mrd. Euro im Bereich der zahnärztlichen Versorgung. Damit stellt die PKV eine erhebliche Einkommensquelle der Ärzte dar. Diese zusätzlichen Einnahmen würden im Falle eines einheitlichen Krankenversicherungsmarkts mit nur noch einer Gebührenordnung auf EBM-Niveau verloren gehen (vgl. Kaiser 2013).

Wasem et al. (2013) stellen in einer mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse entstandene Studie fest, dass die Bürgerversicherung die Honorare der niedergelassenen Ärzte im ersten Jahr um bis zu 4,3 Mrd. Euro reduzieren würde (ohne Kompensation). Bis 2030 können die Verluste bis zu 6 Mrd. Euro jährlich betragen. Selbst wenn die Bestände der PKV unberührt blieben und ein Wahlrecht von der PKV in die GKV beschlossen würde, betrüge der Honorarausfall im ersten Jahr nach Einführung des Wahlrechts 1,6 Mrd. Euro (Wasem et al. 2013). Eine zwingende Begründung für Kompensationszahlungen an die Ärzte für Verluste durch die Bürgerversicherung gibt es laut Wasem et al. nicht. Sollte es einen Ausgleich des Mehrumsatzverlustes geben, wäre zudem keinem Arzt eine individuelle Kompensation garantiert. Vielmehr legt das Gutachten nahe, das Geld zugunsten unterversorgter Gebiete zu verteilen.

Inwieweit verschiedene ärztliche Fachgruppen von einem einheitlichen Vergütungsniveau nach EBM Standard betroffen wären, wird von Kaiser (2013) berechnet (siehe Tabelle 1). Demnach würde es bei einer einheitlichen Vergütung im ambulanten Sektor zu durchschnittlichen Mindereinnahmen je niedergelassenem Arzt in Höhe von 43.383 € kommen. Zieht man zusätzlich den relativen Verlust in Bezug zur Umsatzhöhe in Betracht, wirkt sich die Einführung einer Einheitsversicherung relativ gesehen am stärksten für die Fachgruppe der Dermatologen und Radiologen aus, die auf 71 % bzw. 63 % des jährlichen Umsatzes verzichten müssten.<sup>2</sup>

**Tabelle 1: Jährlicher Mehrumsatz je Praxisinhaber**

Fachgruppe	Verlust in Euro	Verlust in % des Umsatzes
Radiologie und Nuklearmedizin	241.159	63,7
Dermatologie	134.653	71,2
Orthopädie	128.655	58,2
Urologie	97.077	49,8
Augenheilkunde	97.070	42,8
Chirurgie	88.975	39,7
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	74.260	44,3
Frauenheilkunde	72.400	39,4
Internist	49.196	19,3
Neurologie/Psychiatrie	41.054	26,4
Kinderheilkunde	30.510	15,4
Allgemeinmedizin	14.741	8,0
Durchschnitt	43.383	

Alles in allem leisten die Privatversicherten einen bedeutenden Beitrag zur Finanzierung der medizinischen Infrastruktur in Deutschland, so dass diese auch im internationalen Vergleich eine Spitzenposition einnimmt. Ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt bedroht dagegen die medizinische Infrastruktur insbesondere in der fachärztlichen Versorgung, der die finanziellen Voraussetzungen entzogen würden. Darüber hinaus ist die Dualität aus GKV und PKV für die Versicherungswirtschaft eine wichtige Voraussetzung für ihre Aktivitäten auf den internationalen Gesundheits- und Versicherungsmärkten. Die deutsche PKV ist als Referenzmarkt zu betrachten.

---

<sup>2</sup> Zahlen zum relativen Verlust aus Bärtl (2013). Eigene Berechnungen.

#### **4. Die Private Krankenversicherung ist ein wichtiger Arbeitgeber und Steuerzahler**

Die gesamte Versicherungswirtschaft und die privaten Krankenversicherungen im Speziellen sichern in Deutschland eine große Zahl an Arbeitsplätzen. Aufgrund der regionalen Fokussierung von Versicherungsunternehmen auf wenige Standorte tragen sie im Besonderen zur Stärkung dieser Standorte bei. Aber auch im direkten Umfeld privater Krankenversicherungen sind viele Arbeitnehmer von deren Existenz abhängig.

Gemäß GDV (2012b) waren im Jahr 2009 ca. 41.000 Personen und laut AGV (2012) im Jahr 2012 ca. 40.000 Personen in einem privaten Krankenversicherungsunternehmen in Deutschland beschäftigt. Eine Differenzierung dieser Zahlen zeigt, dass ca. 32.000 Angestellte direkt im Innendienst eines privaten Krankenversicherungsunternehmens arbeiten, ca. 6.000 Angestellte in einer zugehörigen Holding und ca. 2.000 Beschäftigte als feste Außendienstmitarbeiter im Vertrieb (vgl. AGV 2012). Neben diesen direkten Arbeitsplätzen innerhalb eines privaten Krankenversicherungsunternehmens sind noch ca. 266.000 registrierte Versicherungsvermittler von der Existenz der privaten Krankenversicherung abhängig (vgl. AGV 2012). Für schätzungsweise 10 – 15 % dieser selbständigen oder bei Vermittlungsagenturen angestellten Personen bildet die Vermittlung privater Krankenversicherungsverträge eine wichtige Einnahmequelle. Dies entspräche zwischen 26.000 und 40.000 Arbeitsplätzen.

Ein Gutachten von Paquet (2013) im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung bestätigt diese Zahlen. Nach Schätzung von Paquet (2013, S. 56) beläuft sich die Zahl der abhängig Beschäftigten auf eine Größenordnung von 60.000 – 67.000. Hinzu kämen mehr als 10.000 selbstständige Versicherungsvermittler, deren Haupteinnahmequelle aus der Vermittlung privater Krankenversicherungsverträgen stammt. Mittelfristig läge damit die Zahl der von einer Bürgerversicherung betroffenen innerhalb der PKV bei rund 77.000 Arbeitsplätzen.

Die regionale Verteilung der durch die privaten Krankenversicherung gesicherten Arbeitsplätze und Einkommen zeigt, dass unter anderem in Nordrhein-Westfalen ein Schwerpunkt liegt (vgl. GDV 2012a). Nach Prognos (2012) entfällt in Nordrhein-Westfalen auf die private Krankenversicherung ca. 75 % des gesamten Krankenversicherungsgeschäfts. Zugleich beläuft sich der Marktanteil der in Nordrhein-Westfalen agierenden privaten Krankenversicherer bei der Vollversicherung auf ca. 45 % (vgl. Prognos 2012). Eine weitere Differenzierung macht deutlich, dass vor allem die Stadt Köln sowie deren Einwohner vom privaten Krankenversicherungsge-

schäft profitiert. In dieser Stadt befinden sich die Hauptstandorte der fünf größten privaten Krankenversicherer (AXA, Central, DEVK, DKV und Gothaer) (vgl. AGV 2012, S. 14; Prognos 2012). Diese Zahlen bekräftigen die herausragende Bedeutung des privaten Versicherungsmarktes für Nordrhein-Westfalen.

Neben NRW kann man als weitere wichtige Versicherungsstandorte mit einer entsprechenden Zahl von Arbeitsplätzen Bayern, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und den Stadtstaat Hamburg identifizieren.

Angesichts der regionalen Verteilung der Arbeitsplätze in der Versicherungswirtschaft würde eine Bürgerversicherung die Arbeitsplätze in den Bundesländern sehr unterschiedlich treffen. Darauf macht auch eine gemeinsame Studie der Betriebsräte aus den Unternehmen der Versicherungswirtschaft aufmerksam (vgl. PKV-Betriebsratsinitiative 2013). Ausgehend von den von Paquet (2013) ermittelten Zahlen werden die bedrohten Arbeitsplätze für Bundesländer und Versicherungsstandorte regionalisiert. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise wären ca. 24.500 Arbeitsplätze unmittelbar von der Bürgerversicherung betroffen. In Bayern wären es rund 13.500 Arbeitsplätze. In Baden-Württemberg könnten laut der gemeinsamen Studie der Betriebsräte ca. 8.5000 Arbeitsplätze wegfallen, in Rheinland-Pfalz wären es immerhin ca. 4.900 beziehungsweise ca. 2.300 Beschäftigungsverhältnisse.

Neben diesen direkt mit den privaten Krankenversicherungen assoziierten Arbeitsplätzen sind noch eine große Zahl weitere Arbeitsplätze indirekt von der Existenz des privaten Krankenversicherungsmarktes abhängig. Paquet (2013) nennt in diesem Zusammenhang unter anderem die Pflegeberater der COMPASS Private Pflegeberatung, die Beschäftigten des Beihilfesystems, die ausschließlich privatärztlich tätigen Ärzte und Zahnärzte und die über 32.000 Heilpraktiker in Deutschland, die maßgeblich auf Patienten mit privater Krankenversicherung angewiesen sind.

Alle hier genannten Quellen bekräftigen die große Bedeutung der privaten Krankenversicherer als Arbeitgeber. Im Fall der von vielen Parteien beabsichtigten Einführung einer Bürgerversicherung würde dies bedeuten, dass ein Großteil der mit der privaten Krankenversicherung direkt oder indirekt verbundenen Arbeitsplätze gefährdet wäre bzw. in letzter Konsequenz verloren ginge. Dies hängt insbesondere mit der unterschiedlichen Ausgestaltungsprinzipien einer Bürgerversicherung und einer PKV zusammen. Während auf Seite der privaten Krankenversicherungsunternehmen Leistungsanträge geprüft und Prämien kalkuliert werden müssen, ist diese Art der Beschäftigung in einer Bürgerversicherung mit einheitlichem Beitragssatz und einheitlichen Leistungen nicht mehr notwendig.

Befürworter einer Bürgerversicherung führen an, dass ein Teil der Beschäftigten durch die Bürgerversicherung aufgefangen werden könnte. Allerdings erscheint dieses Szenario eher unwahrscheinlich. Die Umwandlung eines Unternehmens aus der PKV in die Bürgerversicherung wäre genauso wie die Ausweitung des Zusatzversicherungsgeschäfts unrealistisch (vgl. Paquet 2013, S. 88, 93, 95f.). Auch wären neue Ersatz-Arbeitsplätze in der GKV nicht zu erwarten.

Als Arbeitgeber ist die PKV gleichzeitig auch ein Steuerzahler. Private Krankenversicherungsunternehmen unterliegen aufgrund ihrer Rechtsform und Ausgestaltung in Deutschland im Gegensatz zu gesetzlichen Krankenversicherern der Steuerpflicht. Somit leisten private Krankenversicherer über ihre Geschäftstätigkeit einen Beitrag zum allgemeinen deutschen Steueraufkommen. Eine Bürgerversicherung nach Vorbild der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. nach Vorbild des Sozialgesetzbuches V (SGV V) unterliegt als Körperschaft des öffentlichen Rechts keinerlei Steuerpflicht. Im Gegenteil, die GKV erhält jährliche Steuerzuschüsse von zuletzt 14 Mrd. € jährlich (2012) (vgl. BMG 2013), Kennzahlen und Faustformeln). Finanziert werden diese auch oder wahrscheinlich überproportional von Privatversicherten ohne von diesen Steuerzuschüssen direkt oder indirekt zu profitieren.

## **5. Die Private Krankenversicherung vermindert den Generationenkonflikt und stärkt die Nachhaltigkeit**

Mit Blick auf den demographischen Wandel lässt sich aus Sicht der Volkswirtschaftslehre formulieren, dass die makroökonomischen Effekte des Alterungsprozesses der Bevölkerung umso geringer ausfallen, je besser es gelingt, die zu erwartenden Diskrepanzen zwischen Arbeitsangebot, Konsumgüternachfrage und Kapitalbedarf zu glätten bzw. auszugleichen (vgl. Börsch-Supan 2011, S.22). Diese Zusammenhänge verdeutlicht auch die so genannte Generationenbilanzierung, die Anfang der 1990er Jahre von den amerikanischen Ökonomen Alan Auerbach, Larry Kotlikoff und Jagdish Gokhale (1991, 1992 und 1994) zur langfristigen Analyse der Fiskal- und Sozialpolitik entwickelt wurde. In Deutschland hat Bernd Raffelhüschen (Moog und Raffelhüschen 2011, 2012, 2013) zahlreiche Studien zu den Generationenbilanzen vorgelegt. Im Kern handelt es sich bei der Generationenbilanzierung um ein Instrument zur Projektion der langfristigen Entwicklung der öffentlichen Finanzen. Hierzu liegen der Generationenbilanzierung Annahmen zur demografischen Entwicklung sowie den wirtschaftlichen und fiskalpolitischen Rahmenbedingungen in der Zukunft zugrunde. Auf dieser Grundlage lässt sich das zukünftige Missverhältnis zwischen der Ausgaben- und Einnahmeentwicklung der der umlagefinanzierten Sozialversicherungssysteme ermitteln. Dieses Missverhältnis wird – im Gegensatz zur expliziten und damit

verbrieften Staatsverschuldung – als implizite Staatsverschuldung in Form von Ansprüchen der Versicherten an die Systeme der sozialen Sicherung bezeichnet und stellt einen Konsolidierungsbedarf dar.

In der GKV beläuft sich diese implizite Schuld auf rund 82% der Wertschöpfung (BIP), was etwa 2 Billionen Euro entspricht (vgl. Moog und Raffelhüschen 2011, S. 19). Insgesamt addieren sich die impliziten Schulden auf etwa 110 % des BIP. In der Summe (explizite und implizite Schulden) besteht somit eine Nachhaltigkeitslücke von rund 200 % des BIP (rund 5 Billionen Euro) bzw. ein Konsolidierungsbedarf in Höhe von 4 % des BIP. Deutschland müsste demnach seine Staatsausgaben dauerhaft um 4,0 % des BIP verringern, um die Nachhaltigkeitslücke zu schließen. In der PKV gibt es weder eine explizite noch eine implizite Verschuldung oder Nachhaltigkeitslücke. Im Rahmen des Anwartschaftsdeckungsprinzips sind Alterungsrückstellungen von inzwischen über 180 Mrd. € gebildet worden (vgl. PKV 2012).

Auf die Bedeutung der PKV unter Nachhaltigkeitsaspekten weist auch Pfister (2010, S.1) hin: „In der PKV liegt Generationengerechtigkeit vor, die gleichzeitig eine Bedingung für Nachhaltigkeit ist. Jeder Privatversicherte sorgt für sich selbst vor, während die im Verbund mit dem medizinisch-technischen Fortschritt ausgabensteigernde doppelte Alterung für die GKV existenzgefährdend zur Auflösung des Generationenvertrags führen könnte. Prospektiv ergäben sich Beitragsätze für Sozialversicherungen inklusive der GKV von über 50 %.“

Auch die Deutsche Bundesbank mahnt Konsolidierungsfortschritte mit Blick auf die Renten- und Krankenversicherung an: „Die gegenwärtige Verschlechterung der strukturellen Lage der öffentlichen Haushalte erschwert es vor diesem Hintergrund merklich, eine solide fiskalische Ausgangsposition zu erreichen, bevor sich die demographischen Belastungen verstärkt im Staatshaushalt niederschlagen. Im Hinblick auf die Belastung künftiger Generationen kommt es darauf an, deutliche und anhaltende Konsolidierungsfortschritte zu erzielen, sobald sich die Wirtschaftsentwicklung stabilisiert. Die kommenden Jahre mit einer noch vergleichsweise günstigen demographischen Entwicklung bieten die Chance, die begonnenen Reformen in der Alterssicherung umzusetzen und perspektivisch auszubauen. Ein besonderes Augenmerk wird auch auf den Gesundheitsbereich zu richten sein“ (Deutsche Bundesbank 2009, S. 47).

Unter Nachhaltigkeitsaspekten bleibt die Lage der GKV angespannt, während die PKV durch den zur Verfügung stehenden Kapitalstock insgesamt gesehen besser aufgestellt ist. Gegen „die Abschaffung bzw. das Auslaufen der PKV als Vollversicherung“ spricht deshalb „neben schwerwiegenden rechtlichen Bedenken ökonomisch vor allem die damit verbundene Vernichtung des vor dem Hintergrund der demogra-

fischen Entwicklung intertemporal nützlichen Kapitalstocks“ (vgl. Wille et al. 2012). Man sollte deshalb „*die zur Entlastung zukünftiger Generationen erforderlichen Kapitaldeckungselemente nicht leichtfertig opfern*“ (vgl. Rürup und Wille 2004, S.11).

## **Fazit**

Alle international bekannten Versorgungs- und Versicherungssysteme sind historisch gewachsen. Würde man heute einen Neubeginn „auf dem Reißbrett“ initiieren, würde jedes System erkennbar anders ausgestaltet sein bzw. hätte mit dem bestehenden GKV-als auch mit dem PKV-System wenig gemeinsam.

Die seit 2008 andauernde Schulden- und Finanzmarktkrise hat kapitalgedeckte (niedrige Zinsen,) als auch umlagefinanzierte Versicherungssysteme (stagnierendes Lohnwachstum) auf sehr unterschiedliche Art und Weise „asymmetrisch“ betroffen. Gerade deshalb spricht vieles dafür, dass das deutsche hybride Mehrsäulenmodell mit Bezug auf die konjunkturelle Stabilität, intergenerative Umverteilung und steuerpolitische Abhängigkeit risikominimierend auf die Gesamtstabilität der Gesundheitsversorgung wirken kann (vgl. Schönfelder und Wild 2013, S. 36ff.). „Mit der (Teil-) Kapitaldeckung können grundsätzlich sowohl die demographischen Belastungen als auch die Ausgabeneffekte des medizinisch-technischen Fortschritts gleichmäßiger über die Zeit verteilt und damit partiell vorfinanziert werden“ (Ulrich und Wille 2009, S.58).

Eine Bürgerversicherung dagegen, die nicht nur die gesamte Wohnbevölkerung umfasst, sondern auch ihre Finanzierungsbasis um weitere Einnahmearten verbreitert und darüber hinaus die Beitragsbemessungsgrenze aufhebt (Linke), entspricht letztlich „nur“ einer zweiten Einkommensteuer, die neben das bestehende Einkommenssteuer- und Transfersystem tritt. Damit würde in der GKV die Einkommensumverteilung ausgeweitet (vgl. Augurzky und Felder 2013). Die Einkommensteuer II wäre perfekt (vgl. von Weizsäcker 2004, S.13). Und: Der Krankenversicherungsbeitrag wäre unmittelbar eine steuerliche Zwangsabgabe (vgl. Ulrich 2013, S. 3).

Allen Plänen für eine Einführung einer Bürgerversicherung gemeinsam ist das fehlende, überzeugende Transferszenario. Die Einführung einer Bürgerversicherung würde wohl mit langen Übergangszeiten einhergehen und dürfte – aus meist sehr unterschiedlichen Gründen – auch im Lager der meisten gesetzlichen Krankenkassen wenig Begeisterung auslösen. So warnte die Geschäftsführerin des Ersatzkassenverbandes (vdek), Ulrike Elsner, im Juli 2013: „Die Bürgerversicherung, das hört sich gut an, ist aber bei der Umsetzung mit vielen Unwägbarkeiten behaftet“ (Han-



delsblatt 2013). Ähnliche Vorbehalte äußerte auch Jürgen Graalman, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes: „Denn eine Bürgerversicherung würde eine Revolution bedeuten, und das Gesundheitswesen ist für Revolutionen denkbar ungeeignet“ (Passauer Neue Presse 2013). Noch deutlicher wurde die Hanseatische Krankenkasse (HEK) in der Ablehnung der Bürgerversicherung. Der Verwaltungsrat der HEK sprach sich sogar explizit für den Erhalt der Privaten Krankenversicherung aus: „Wir treten ein für Wettbewerb und Kassenvielfalt, denn beides garantiert die bestmögliche Versorgung der Versicherten“, so Verwaltungsratschef Horst Wittrin im Juli 2013. Würden die privaten Versicherer abgeschafft, so HEK-Vorstand Jens Luther weiter, sei außerdem eine Art Einheitsversicherung zu befürchten (Hamburger Abendblatt 2013).

Deutschland hat im internationalen Vergleich ein leistungsstarkes Gesundheitssystem mit einem sehr hohen medizinischen Standard. Die Wartezeiten für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sind im internationalen Vergleich bemerkenswert kurz. Trotz der Leistungsstärke steht das deutsche Gesundheitssystem vor großen Herausforderungen. Innerhalb des bewährten hybriden GKV-PKV-Systems sind weitere Reformschritte notwendig. Gerade Versorgungs- und Qualitätsfragen werden in einer alternden Gesellschaft von der Bedeutung herzunehmen. Diese Fragen müssen in den Mittelpunkt des Interesses von Reformen gestellt werden. Die Bürgerversicherung betont das Problem der Beitragsentscheidung (wer soll versichert sein), gibt aber in Bezug auf die Frage nach der Beitragsbemessung (wer wird wie an der Finanzierung der Krankenversicherung beteiligt) die falsche Antwort.

## Literatur

- AGV (2012), *Sozialstatistische Daten, Versicherungswirtschaft Stand 2012*, München.
- Albrecht, M., Millas, C. de, Hildebrandt, S. und Schliwen, A. (2010), *Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherung vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung, Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie*, Berlin.
- Albrecht, M., Sander, M., Schiffhorst, G., Loos, S. und Anijs, J. (2013), *Gerecht, nachhaltig, effizient Studie zur Finanzierung einer integrierten Krankenversicherung*, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Apotheken-Umschau (2013), Interview mit Bundeskanzlerin Angela Merkel, in: Apotheken-Umschau 7/2013.
- Auerbach, A., Gokhale, J. und Kotlikoff, L. (1991), Generational Accounts: A Meaningful Alternative to Deficit Accounting, in: *Tax Policy and the Economy*, [5] 1991, S. 55–110.
- Auerbach, A., Gokhale, J. und Kotlikoff, L. (1992), Generational Accounting: A New Approach to Understand the Effects of Fiscal Policy on Saving, in: *Scandinavian Journal of Economics*, [94] 1992, S. 303–318.
- Auerbach, A., Gokhale, J. und Kotlikoff, L. (1994), Generational Accounts: A Meaningful Way to Evaluate Fiscal Policy, in: *Journal of Economic Perspectives*, [8] 1994, S. 73–94.
- Augurzky, B. und Felder, S. (2013), *Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung*, RWI, Bd. 75, RWI, Essen.
- Augurzky, B. und Tauchmann, H. (2012), Less social health insurance - more private supplementary insurance?: empirical evidence from Germany, in: *Journal of Policy Modeling* 33 [3], S. 470–480.
- BÄK - Bundesärztekammer (2013), *Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland*, Berlin.
- Bärtl, W. (2013), Kollateralschaden Bürgerversicherung, in: *Der Gelbe Dienst* 5/2013.
- Becker, K. (2006), *Flexibilisierungsmöglichkeiten in der Krankenversicherung*. Hamburg: Kovač.

- BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2013), *Gesundheitswirtschaft als Jobmotor*, online im Internet:  
<http://www.bmg.bund.de/gesundheitsystem/gesundheitswirtschaft/gesundheitswirtschaft-als-jobmotor.html> [Stand: 21.5.2013].
- Börsch-Supan, A. (2011), Ökonomische Auswirkungen des demografischen Wandels, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, [10–11] 2011, S. 19-26.
- Breyer, F. (2012), Legale und illegale Wege zu einer Bürgerversicherung, in: *Wirtschaftsdienst* 92 [10], S. 655–658.
- Breyer, F. und Buchholz, W. (2009), *Ökonomie des Sozialstaats, Springer-Lehrbuch*, 2. Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg.
- Bruce, N. und Turnovsky, S. J. (2013), Social security, growth, and welfare in overlapping generations economies with or without annuities, in: *Journal of Public Economics* 101 [C], S. 12-24.
- Carmichael, B. und Dissou, Y. (2000), Health Insurance, Liquidity and Growth, in: *Scandinavian Journal of Economics* 102 [2], S. 269–284.
- Deutsche Bundesbank (2009), Demografischer Wandel und langfristige Tragfähigkeit der Staatsfinanzen in Deutschland, in: *Monatsbericht*, [Juli 2009], S. 31–47.
- Feldstein, M. (1974), Social Security, Induced Retirement, and Aggregate Capital Accumulation, *Journal of Political Economy*, 5 [82], S. 905-926.
- Finkenstädt, V. und Keßler, T. (2012), Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten, Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008, *WIP-Diskussionspapier*, Nr. 3/2012, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.
- Finkenstädt, V. und Niehaus, F. (2013), Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen, Ein internationaler Überblick, WIP, Wiss. Inst. der PKV, Köln.
- Fricke, A. (2013), PKV gerät unter Wettbewerbsdruck, *Ärzte Zeitung online*, 01.08.2013, S.1-2.
- GDV - Gesamtverband der Deutschen Gesamtversicherungswirtschaft e.V. (2010), Globalisierung der Erstversicherungsmärkte: Stand und Entwicklungstendenzen am deutschen Markt, *Volkswirtschaftliche Themen und Analysen*, Nr. 6, Berlin.
- GDV - Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (2012a), *Die deutsche Versicherungswirtschaft, Jahrbuch 2012*, Berlin.
- GDV - Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (2012b), *Statistisches Taschenbuch der Versicherungswirtschaft 2012*, Berlin.

PKV-Betriebsratsinitiative (2013), *Regionale Auswirkungen der „Bürgerversicherung“ auf den deutschen Arbeitsmarkt*, online im Internet

[http://www.buergerversicherung-nein-danke.de/media/20130903\\_Regionale\\_Auswirkungen\\_der\\_Buergerversicherung\\_auf\\_den\\_deutschen\\_Arbeitsmarkt\\_Langfassung.pdf](http://www.buergerversicherung-nein-danke.de/media/20130903_Regionale_Auswirkungen_der_Buergerversicherung_auf_den_deutschen_Arbeitsmarkt_Langfassung.pdf)

Jacobs, K., Cassel, D. und Wasem, J. (2002), *Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit : Endbericht, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 140, Nomos, Baden-Baden.

Jacobs, K. (2012), Dualität aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung überholt?, in: *Wirtschaftsdienst* 92 [10], S. 651–666.

Kaiser, H.-J. (2013), *Die Bedrohung der medizinischen Infrastruktur durch die Bürgerversicherung Oder: Was für die ambulant tätigen Ärzte und Patienten auf dem Spiel steht!*, Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen, Berlin.

Krummacker, S., Mittendorf, T., Schulenburg, J.-M. G. v., Müller, L. und Stürmann, H. (2007), *Quo Vadis GKV? Zukünftige Entwicklungen des gesetzlichen Krankenversicherungsmarktes in Deutschland*, Institut für Versicherungsbetriebslehre der Leibniz Universität Hannover, Hannover.

Meyer, U. (2007): Zum Verhältnis zwischen GKV und PKV. In: Hermann, H. und Gruner, P. (Hrsg.): *Nordbayerischer Versicherungstag 2006*. Berlin/Nürnberg, S. 1-10.

Moog, S. und Raffelhüschen, B. (2011), Ehrbare Staaten?, Tatsächliche Staatsverschuldung in Europa im Vergleich, *Argumente zu Marktwirtschaft und Politik*, Nr. 115, Stiftung Marktwirtschaft, Berlin.

Moog, S. und Raffelhüschen, B. (2012), Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz, Update 2012: Demografie und Arbeitsmarkt, *Argumente zu Marktwirtschaft und Politik*, Nr. 117, Stiftung Marktwirtschaft, Berlin.

Moog, S. und Raffelhüschen, B. (2013), Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz. Update 2013: Nachhaltigkeitsbilanz der wahlprogramme, *Argumente zu Marktwirtschaft und Politik*, [121] August 2013.

Niehaus, F. (2013), Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten. Die Entwicklung von 2006 bis 2011, *WIP-Diskussionspapier*, Nr. 1/2013, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Paquet, R. (2007), Die janusköpfige Chance: Wahltarife als Wettbewerbsrisiko für die GKV, in: *Gesellschaftspolitische Kommentare* 4/2007, S. 3-6.

- Paquet, R. (2013), *Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in GKV und PKV, Gutachten/Expertise gefördert durch die Hans-Böckler-Stiftung*, Berlin.
- Pfarr, C. und Schmid, A. (2013), The political economics of social health insurance: the tricky case of individuals' preferences, *Discussion Paper*, Nr. 1-13, Universität Bayreuth, Bayreuth.
- Pfister, F. M. (2010), *Das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland nach dem GKV-WSG, Gesundheitsökonomische Analyse der Allokation unter besonderer Berücksichtigung von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit*, Lang, Frankfurt, M. [u.a.].
- Pimpertz, J. (2013), Bürgerversicherung – kein Heilmittel gegen grundlegende Fehlsteuerungen, *IW policy paper*, Nr. 12/2013, Institut der deutschen Wirtschaft Köln, Köln.
- PKV - Verband der Privaten Krankenversicherung (2012), *Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012*, Berlin.
- Prognos (2012), *Bedeutung der Versicherungswirtschaft für Nordrhein-Westfalen, Endbericht*, Berlin.
- Richter, W. (2005), Gesundheitsprämie oder Bürgerversicherung? Ein Kompromissvorschlag, in: *Wirtschaftsdienst* 85 [11], S. 693–697.
- Richter, W. (2009), Zur zukünftigen Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland, *IZA Standpunkte*, Nr. 15, IZA, Bonn.
- Rothgang, H., Arnold, R., Wendlandt, K., Sauer, S. und Wolter, A. (2012), *Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung*, ZES, Bremen.
- Rürup, B. und Wille, E. (2004), Finanzierungsreform in der Krankenversicherung. Gutachten, 15. Juli 2004, Darmstadt und Mannheim.
- Schönfelder, B. und Wild, F. (2013), Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, Ein Beitrag zur aktuellen Reformdiskussion, Wissenschaftliches Inst. der PKV, Köln.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004), *Erfolge im Ausland, Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05*, Wiesbaden.
- SVR Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*, Hans Huber, Bern.

- Ulrich, V. und Wille, E. (2009), Weiterentwicklung des Gesundheitssystems, in: Wille, E., Cassel D. und Ulrich, V. (Hrsg.), Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und des Arzneimittelmarktes, Nomos, Baden-Baden, S. 15-78.
- Ulrich, V. (2013), Aktuelle Modelle der Bürgerversicherung: Neuer Wein in alten Schläuchen?, Implicon 2013, Berlin.
- von Weizsäcker, C.C. (2004), Einkommensteuer II oder Einwohnerversicherung. Das deutsche Gesundheitswesen ist an der Wegscheide angelangt, in. FAZ, 29.05.2004, Nr. 124, S.13.
- von Weizsäcker, C.C. (2010), Das Janusgesicht der Staatsschulden, in. FAZ, 04.06.2010, Nr. 126, S.12.
- Vroomen, J. M. und Zweifel, P. (2011), Preferences for health insurance and health status: does it matter whether you are Dutch or German?, in: *European Journal of Health Economics* 12 [1], S. 87–95.
- Wasem, J., Buchner, F., Lux, G., Weegen, L. und Walendzik, A. (2013), *Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung: Zur Diskussion um eine mögliche Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls*, Universität Duisburg-Essen, Essen.
- Wille, E., Hamilton, G. J., Schulenburg, J.-M. G. v. und Thüsing, G. (2012), *Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen, Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden, Beiträge zum Gesundheitsmanagement*, Bd. 37, Nomos, Baden-Baden.
- Zähle, H. (2010), Ein Risikoklassenmodell für die Portabilität der Altersrückstellungen in der PKV, in: *Blätter DGVFM* 31 [1], S. 39–64.