



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

Studiengang Management im Sozial- und Gesundheitswesen

**BÜRGERVERSICHERUNG:
EINE GANGBARE REFORMOPTION FÜR DAS
DUALE KRANKENVERSICHERUNGSSYSTEM?**

M a s t e r - A r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts (M.A.)

Vorgelegt von: Christian Kunow

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2013-0814-0

Gutachter: Prof. Dr. Bernhard Langer
Prof. Dr. Harald Seider

Tag der Einreichung: 18.06.2014

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|--|-----------|
| Abkürzungsverzeichnis | 3 |
| Abbildungsverzeichnis | 4 |
| Tabellenverzeichnis | 5 |
| 1. Einleitung | 7 |
| 2. Das duale Krankenversicherungssystem | 9 |
| 2.1 Grundstrukturen und Grundprinzipien | 11 |
| 2.1.1 GKV | 11 |
| 2.1.2 PKV | 17 |
| 2.1.3 Vergleich zwischen GKV und PKV | 23 |
| 2.2 Probleme und Reformbedarfe | 24 |
| 2.2.1 GKV | 25 |
| 2.2.2 PKV | 34 |
| 2.2.3 Grenze zwischen GKV und PKV | 37 |
| 3. Die Bürgerversicherung als Reformoption | 44 |
| 3.1 Begriff der Bürgerversicherung | 44 |
| 3.2 Modelle der Bürgerversicherung | 48 |
| 3.2.1 Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) | 48 |
| 3.2.2 BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN | 51 |
| 3.2.3 DIE LINKE | 54 |
| 3.2.4 Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) | 56 |
| 3.2.5 Bertelsmann Stiftung und Verbraucherzentrale Bundesverband | 58 |
| 3.3 Bewertung der Bürgerversicherung | 60 |
| 3.3.1 Solidarität | 60 |
| 3.3.2 Nachhaltigkeit | 62 |
| 3.3.3 Wettbewerb | 62 |
| 4. Fazit und Ausblick | 64 |
| 5. Literaturverzeichnis | 65 |

Eidesstattliche Erklärung

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------|---|
| AKV | Allgemeine Krankenversicherung |
| BBG | Beitragsbemessungsgrenze |
| BIP | Bruttoinlandsprodukt |
| DGB | Deutscher Gewerkschaftsbund |
| et al. | et alii (und andere) |
| EU | Europäische Union |
| f. | folgend |
| ff. | fort folgend |
| FN | Fußnote |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GKV-FinG | GKV-Finanzierungsgesetz |
| GKV-FQWG | GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz |
| GKV-WSG | GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz |
| KVdR | Krankenversicherung der Rentner |
| Mio. | Millionen |
| Morbi-RSA | morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich |
| OECD | Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung |
| PKV | Private Krankenversicherung |
| RSA | Risikostrukturausgleich |
| s. | siehe |
| S. | Seite |
| SGB V | Sozialgesetzbuch V |
| vgl. | vergleiche |
| zit. | zitiert |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Wohnbevölkerung nach Versichertenstatus (in %) für 2011 | 10 |
| Abbildung 2: Versichertenstruktur der GKV (in %) für 2013 | 13 |
| Abbildung 3: Versichertenstruktur der PKV (in %) für 2012 | 19 |
| Abbildung 4: Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder, des BIP je Einwohner, der GKV-Leistungsausgaben je Versicherten (Index; 1995 = 100) und des Anteils der GKV-Leistungsausgaben am BIP (in %) von 1995 bis 2012 | 26 |
| Abbildung 5: Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes in der GKV (in %) von 1992 bis 2012 | 29 |
| Abbildung 6: Verletzung der horizontalen Gerechtigkeit durch die Ausgrenzung von Einkommensarten gegenüber anderen Einkünften | 30 |
| Abbildung 7: Verletzung der vertikalen Gerechtigkeit durch die Ausgrenzung von Einnahmen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) | 32 |
| Abbildung 8: Verlauf des monatlichen Beitrags (in €) bei steigenden Einnahmen bis zur und ab der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) | 32 |
| Abbildung 9: Entwicklung der Leistungsausgaben der PKV je Versicherten, der GKV je Versicherten und der Gesundheitsausgaben je Einwohner (Index; 1992 = 100) von 1992 bis 2012 | 34 |
| Abbildung 10: Wechsler und der entsprechende Nettogewinn der PKV bzw. Nettoverlust der GKV an Versicherten (= rote Zahlen) von 1993 bis 2011 | 40 |
| Abbildung 11: Entwicklung der Versichertenzahl der GKV, der PKV und von GKV und PKV zusammen (in Mio.) von 1993 bis 2011 | 41 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1: Vergleich zwischen GKV und PKV | 24 |
| Tabelle 2: Kombinationsmöglichkeiten aus den beiden Reformparametern „Art der Beitragsgestaltung“ und „Versichertenkreis“ | 45 |

*„Reformen des deutschen Krankenversicherungssystems
erfolgen nicht auf einer grünen Wiese [...],
sondern sie bauen auf einem 120-jährigen System auf,
das sich in der Bevölkerung nach wie vor großer Akzeptanz erfreut.
Wer dies grundsätzlich in Frage stellen wollte,
bräuchte schon sehr gute Argumente,
um Mehrheiten davon zu überzeugen,
dass das Neue deutlich mehr Chancen bietet,
als die Preisgabe des Alten mit Risiken verbunden wird –
„mindestens gleich gut“ dürfte da jedenfalls kaum reichen.“*

(Jacobs 2003, S. 12)

1. Einleitung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland mit ihrem Wesensmerkmal der solidarischen Finanzierung besitzt hierzulande in der Bevölkerung eine breite Akzeptanz und hohe Wertschätzung.¹ Gleichwohl gibt es seit längerem im dualen Krankenversicherungssystem und vor allem an der Grenze zwischen GKV und privater Krankenversicherung (PKV) erhebliche Probleme. Dazu gehören insbesondere die Finanzierungsprobleme, Gerechtigkeitsprobleme, Nachhaltigkeitsprobleme und ein unfairer Systemwettbewerb zu Lasten der GKV. Es wurden zwar gewisse Reformen durchgeführt, doch bisher hat keine davon die Probleme nachhaltig lösen können. Deshalb besteht weiterhin ein dringender Reformbedarf des dualen Krankenversicherungssystems.

Die Debatte um eine Reform des dualen Krankenversicherungssystems wird seit Anfang der 2000er Jahre vor allem durch die Modelle der „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschalen“ geprägt. Unter dem Begriff Bürgerversicherung kann die Integration von GKV und PKV zu einem einheitlichen Krankenversicherungssystem unter den Rahmenbedingungen der GKV verstanden werden. Diese Reformoption mit Einbeziehung aller Bürger in ein solches Einheitssystem befürworten SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE. Demgegenüber stellen Kopfpauschalen einkommensunabhängige Beiträge dar, die pauschal zu erheben sind und mit denen die GKV finanziert werden soll. Dabei ändert sich nichts an der Zweiteilung des Krankenversicherungssystems in GKV und PKV. Ein Anhänger von Kopfpauschalen war (und ist) die CDU/CSU².

Die Kopfpauschalen sind durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) im Jahr 2009 im Namen von Zusatzbeiträgen gesetzlich eingeführt worden, die im Jahr 2011 durch das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) auf eine reine Pauschalerhebung modifiziert wurden. Neben den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sollten die Zusatzbeiträge eine zusätzliche Einnahmemöglichkeit für die gesetzlichen Krankenkassen darstellen. Mit der Einführung von Zusatzbeiträgen wurden hohe Erwartungen verknüpft, unter anderem eine Stärkung des Kassenwettbewerbs. Doch neben der zu Kopfpauscha-

¹ Vgl. Zok 2010; Zok 2012

² Gegenüber früheren Veröffentlichungen (CDU/CSU 2004a; CDU/CSU 2004b) finden sich im Wahlprogramm der CDU/CSU (2013) für die Bundestagswahl 2013 keine Hinweise eines klaren Bekenntnisses für Kopfpauschalen.

len geäußerten Kritik konnten die Zusatzbeiträge die in sie gesteckten Erwartungen kaum erfüllen. Damit haben sich Kopfpauschalen, hier in Form von Zusatzbeiträgen, als nicht gangbare Reformoption herausgestellt.

Die große Koalition aus CDU/CSU und SPD hat dies erkannt und schafft nun durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) die pauschalen Zusatzbeiträge ab. Mit der Abschaffung zum Ende 2014 verabschiedet sich die Politik von der unvorteilhaften Reformoption der Kopfpauschalen. Dennoch besteht aufgrund der Probleme des dualen Krankenversicherungssystems weiterhin dringender Reformbedarf. Stellt möglicherweise eine Bürgerversicherung eine Kompaktlösung und eine geeignete Alternative zum Status Quo dar? Kann der Politik empfohlen werden, das duale Krankenversicherungssystem mit einer der nächsten Reformen zu einem Einheitssystem weiterzuentwickeln? Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin in Erfahrung zu bringen, ob eine Bürgerversicherung eine gangbare Reformoption ist und mit Verweis auf das vorangestellte Zitat „[...] deutlich mehr Chancen bietet, als die Preisgabe des Alten mit Risiken verbunden wird – „mindestens gleich gut“ dürfte da jedenfalls kaum reichen“³.

Um dies herauszufinden, ist die Arbeit wie folgt aufgebaut. *Abschnitt 2* stellt zunächst das duale Krankenversicherungssystem in Deutschland vor. Zuerst wird in *Abschnitt 2.1* ein Überblick über Grundstrukturen und Grundprinzipien von GKV und PKV zusammen mit einem kurzen Vergleich der beiden gegeben. Anschließend arbeitet *Abschnitt 2.2* detailliert zentrale Probleme des dualen Krankenversicherungssystems und die an der Grenze zwischen GKV und PKV heraus. Nachdem die Grundzüge dargestellt und die bestehenden Reformbedarfe aufgezeigt worden sind, klärt *Abschnitt 3*, ob die Bürgerversicherung bezogen auf eine Vereinheitlichung des Dualsystems mit Einbeziehung aller Bürger unter den Rahmenbedingungen der GKV eine gangbare Reformoption darstellt. Hier wird vorab in *Abschnitt 3.1* die Bürgerversicherung begrifflich geklärt und zu anderen Begriffen abgegrenzt. Danach stellt *Abschnitt 3.2* die aktuellsten und wichtigsten Bürgerversicherungsmodelle vor. Anschließend erfolgt in *Abschnitt 3.3* eine Bewertung der Bürgerversicherung hinsichtlich der Kriterien Solidarität, Nachhaltigkeit und Wettbewerb. Abschließend wird in *Abschnitt 4* ein Fazit gezogen und ein Ausblick gegeben.

³ Jacobs 2003, S. 12

2. Das duale Krankenversicherungssystem

Das in Deutschland historisch gewachsene duale Krankenversicherungssystem zur Absicherung im Krankheitsfall besteht aus der gesetzlichen (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV). Dieses zweigeteilte Versicherungssystem hat in der „Europäischen Union“ (EU) und in der „Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung“ (OECD) nahezu eine Sonderstellung.⁴ Walendzik bezeichnet es aufgrund seiner Ausnahmererscheinung als „*singuläres Phänomen*“.⁵ In anderen Ländern kann neben der sozialen Krankenversicherung die dortige PKV private Krankenteilversicherungen⁶ abschließen. In Deutschland ist die PKV, indem sie nicht nur Krankenteil-, sondern auch Krankenvollversicherungen zum Abschluss bringen darf, mehr als eine Ergänzung zur bzw. Erweiterung der GKV. Mit ihrem Angebot von Krankenvollversicherungen stellt sie für Personen, die nicht der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen, einen Teil-⁷ oder vollständigen Ersatz des Versicherungsschutzes der GKV dar.⁸ Sie wird daher als „substitutive Krankenversicherung“ bezeichnet. Demzufolge handelt es sich in Deutschland um ein duales Krankenvollversicherungssystem.⁹

Es ist vorgeschrieben, dass alle Bürger, die in Deutschland ihren Wohnsitz haben, verpflichtet sind, einen Krankenversicherungsschutz zu besitzen.¹⁰ Da jeder Einwohner versichert sein muss, besteht hierzulande eine allgemeine bzw. generelle Krankenversicherungspflicht.¹¹ Danach müssen alle Wohnbürger entweder in der GKV oder PKV, also in einem der beiden Krankenversicherungszweige, versichert sein.¹² Von der allgemeinen Krankenversicherungspflicht ausgenommen sind Zivildienstleistende, Soldaten, Justiz-

⁴ Vgl. Greß et al. 2006, S. 413; Preusker 2008, S. 71; Simon 2013, S. 266; Leiber und Zwiener (2006, S. 30) bezeichnen den Dualismus in Deutschland als „*deutsche Art der Trennung zwischen GKV und PKV*“. Nach Hagist und Raffelhüschen (2004a, S. 9; 2004b, S. 194) sowie Bormann et al. (2013, S. 7) hat nur das OECD-Mitglied Chile ein vergleichbares duales Krankenversicherungssystem.

⁵ Walendzik 2009, S. 11

⁶ Zu den Krankenteilversicherungen im Sinne von Zusatzversicherungen gehören beispielsweise Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeldversicherungen, Reisekrankenversicherungen, Auslandskrankenversicherungen, Pflege-Pflichtversicherung und freiwillige Pflegekosten- und Pflegetagegeldversicherungen. (vgl. Simon 2013, S. 234f.)

⁷ Beamte gehören zu denen, für die die PKV einen Teilersatz des Krankenversicherungsschutzes darstellt. Den übrigen Teil übernimmt ihr Dienstherr im Rahmen der Beihilfe. Mehr zur Beihilfe in FN 55.

⁸ Vgl. Preusker 2008, S. 71; Bannenberg 2013b, S. 117; Simon 2013, S. 234

⁹ Vgl. Bormann et al. 2013, S. 7

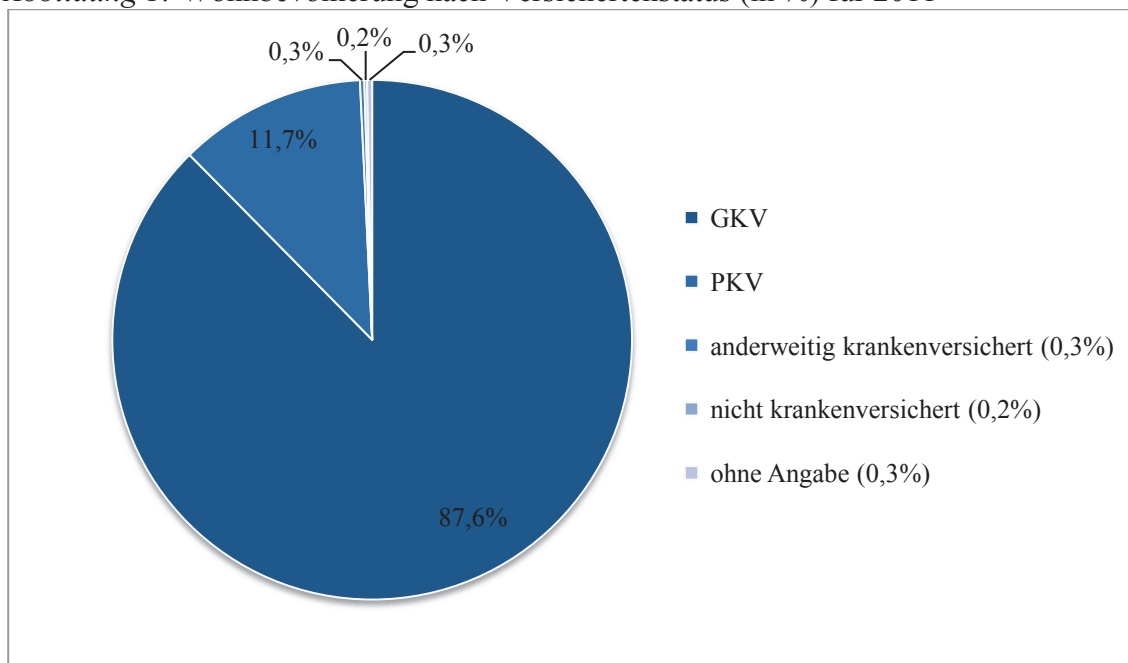
¹⁰ Vgl. Sauerland et al. 2008, S. 2; Sauerland et al. 2009, S. 87

¹¹ Vgl. Augurzyk/Beivers 2012, S. 3; Simon 2013, S. 164; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 126

¹² Vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 126

vollzugsbeamte, Beamte des Bundesgrenzschutzes und der Polizei, die im Rahmen der Freien Heilfürsorge¹³ versichert werden. Personen, die nicht hiermit versichert sind, nicht der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen und nicht in der GKV versichert werden oder sein wollen, sind verpflichtet, für sich und die eigenen Kinder eine Krankenvollversicherung in der PKV abzuschließen.¹⁴ Neben dem in der Freien Heilfürsorge versicherten Bevölkerungsteil und dem in der GKV und PKV gibt es noch Personen, die keinen Versicherungsschutz haben. *Abbildung 1* zeigt die Verteilung der rund 80,6 Mio. beim Mikrozensus im Jahr 2011 befragten und in Deutschland wohnhaften Personen nach Art des Krankenversicherungsschutzes.

Abbildung 1: Wohnbevölkerung nach Versichertenstatus (in %) für 2011



Quelle: eigene Abbildung; vgl. BMG 2013, S. 113

Nach *Abbildung 1* sieht die Verteilung der Wohnbevölkerung in Deutschland nach Art des Krankenversicherungsschutzes für 2011 wie folgt aus: laut Mikrozensus sind rund 70,6 Mio. Personen, also der Großteil der Wohnbevölkerung, in der GKV versichert. Mit rund 9,4 Mio. Personen besitzt ein kleinerer Teil eine Krankenvollversicherung in der PKV. Als marginale Bevölkerungsteile sind 216.000 Personen anderweitig abgesichert,

¹³ Die Freie Heilfürsorge ist eine Sonderform der Beihilfe (mehr zur Beihilfe in FN 55) und wird Personen gewährt, die besonderen Gefahren während ihrer Dienstaussübung ausgesetzt sind. (vgl. Adam 2005, S. 3) Im Ruhestand erhalten sie wie andere Beamte Beihilfe. (vgl. Simon 2013, S. 163)

¹⁴ Vgl. Simon 2013, S. 114, S. 116f., S. 163f. und S. 222

z.B. im Rahmen der Freien Heilfürsorge, 137.000 haben keinen Versicherungsschutz und 252.000 machten keine Angaben. Da 87,6% in der GKV und 11,7% in der PKV und demzufolge über 99% dort versichert sind, besitzt fast die gesamte Wohnbevölkerung einen Krankenvollversicherungsschutz in einem dieser beiden Krankenversicherungszweige.

2.1 Grundstrukturen und Grundprinzipien

Im folgenden *Abschnitt 2.1* werden zunächst die unterschiedlichen Rahmenbedingungen von GKV und PKV anhand ihrer jeweiligen Grundstrukturen und Grundprinzipien beschrieben. Danach geht *Abschnitt 2.2* auf die relevanten Probleme und Reformbedarfe ein, die zum einen in der GKV und PKV bestehen und die sich zum anderen aus der Wechselbeziehung der beiden Krankenversicherungszweige ergeben.

2.1.1 GKV

Einführung

Die GKV gewährt einen für den Großteil der Bevölkerung in Deutschland vorwiegend im Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelten Versicherungsschutz gegen das Krankheitsrisiko.¹⁵ Der Krankenversicherungsschutz wird von den Trägern der GKV, den gesetzlichen Krankenkassen, gewährt. Bei den Krankenkassen handelt es sich um rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts, die nach dem Selbstverwaltungsprinzip organisiert sind. Dabei sind die Krankenkassen der staatlichen Rechtsaufsicht unterstellt und übernehmen selbstständig und eigenverantwortlich die ihnen vom Staat aufgetragenen Aufgaben.¹⁶

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihren Versicherten einen Krankenversicherungsschutz nach dem Bedarfsdeckungs- und Sachleistungsprinzip gewähren. Nach dem Bedarfs(deckungs)prinzip besitzen Versicherte im Krankheitsfall einen Anspruch auf alle Sach- und Dienstleistungen, die medizinisch notwendig, ausreichend, zweckmäßig sowie wirtschaftlich sein müssen (Wirtschaftlichkeitsgebot). Die Leistungen, die gesetzlich

¹⁵ Vgl. Schreyögg/Busse 2013, S. 23; Simon 2013, S. 182

¹⁶ Vgl. Bannenberg 2013a, S. 69f.; Schreyögg/Busse 2013, S. 24f.; Simon 2013, S. 117f.

vorgeschrieben oder zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vertraglich vereinbart sind, werden grundsätzlich nach dem Sachleistungsprinzip erbracht. Danach können Versicherte bei Vorlage ihrer Krankenversichertenkarte bei einem als Vertragspartner ihrer Kasse anerkannten Leistungserbringer Leistungen in Anspruch nehmen, ohne diese bezahlen zu müssen. Die bei den Leistungserbringern in Anspruch genommenen Leistungen werden von den Kassen vergütet.¹⁷ Neben den Sach- und Dienstleistungen gewähren Kassen Geldleistungen. Dazu zählen Krankengeld und Mutterschaftsgeld.¹⁸

Die Krankenkassen können von den Mitgliedern der GKV frei gewählt werden.¹⁹ Voraussetzung ist, dass die Kasse für das Mitglied allgemein geöffnet oder bezüglich des Betriebs bzw. Branche zuständig ist.²⁰ Um die Kasse wechseln zu können, ist von ihren Mitgliedern eine dreimonatige Kündigungsfrist zu beachten und sie müssen mindestens 18 Monate in der Kasse versichert gewesen sein. Eine Ausnahme besteht dann, wenn die Kasse in dieser Zeit einen Zusatzbeitrag²¹ erhebt oder diesen erhöht. Dann besitzen die Mitglieder ein Sonderkündigungsrecht und ein Wechsel ist sofort ohne die Zahlung des Zusatzbeitrages möglich.²² Für die Aufnahme in eine Kasse ist von den Mitgliedern eine Beitrittserklärung gegenüber der gewählten Kasse abzugeben.²³ Im Zuge dieser Kassenwahlfreiheit stehen die für Mitglieder geöffneten bzw. zuständigen Kassen unter Kontrahierungszwang.²⁴ Danach sind die Kassen verpflichtet, Personen ohne Krankenversicherungsschutz oder Eintrittswillige zu versichern und dürfen demnach keinen von ihnen ablehnen.²⁵

Versichertenkreis

Aus den 69,8 Mio. Versicherten der GKV im Jahr 2013 lassen sich zunächst zwei große Gruppen bilden: die Gruppe der rund 52,4 Mio. „beitragszahlenden Mitglieder“ und die Gruppe der rund 17,4 Mio. „beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen“. Bevor

¹⁷ Vgl. Bannenberg 2013a, S. 73ff.; Simon 2013, S. 109ff.; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 130

¹⁸ Vgl. Simon 2013, S. 191

¹⁹ Vgl. Bannenberg 2013a, S. 69

²⁰ Vgl. Simon 2013, S. 114 und S. 227

²¹ Zum Zusatzbeitrag sei auf den *Teilabschnitt ‚Verteilung durch Gesundheitsfonds‘* verwiesen.

²² Vgl. Schreyögg/Busse 2013, S. 26; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 135

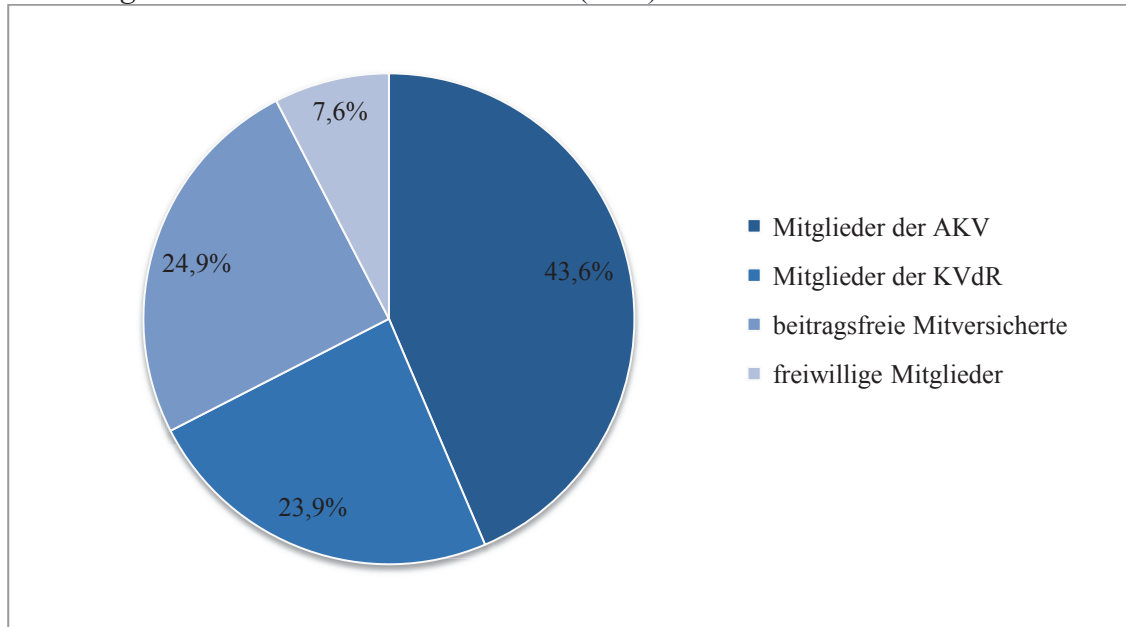
²³ Vgl. Simon 2013, S. 114f., S. 184 und S. 227

²⁴ Vgl. Bannenberg 2013a, S. 69; Schreyögg/Busse 2013, S. 26

²⁵ Vgl. Simon 2013, S. 114f. und S. 227

der Versichertenkreis der GKV detaillierter beschrieben wird, gibt dazu *Abbildung 2* einen Überblick.

Abbildung 2: Versichertenstruktur der GKV (in %) für 2013



Quelle: eigene Abbildung; vgl. BMG 2014, S. 2ff.

Abbildung 2 zeigt, dass der Versichertenkreis der GKV aus 24,9% beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen besteht. Dies sind von den 69,8 Mio. rund 17,4 Mio. Versicherte. Dazu gehören die Kinder der beitragszahlenden Mitglieder. Auch die Ehe- und Lebenspartner dieser Mitglieder sind mitversichert, wenn sie kein eigenes bzw. nur ein geringes Einkommen erzielen oder nicht hauptberuflich selbstständig tätig sind.²⁶

Zu den rund 52,4 Mio. beitragszahlenden Mitgliedern (75,1%) zählen 47,1 Mio. Pflichtmitglieder (67,5%) und 5,3 Mio. freiwillige Mitglieder (7,6%). Die Pflichtmitglieder umfassen rund 30,4 Mio. Mitglieder aus der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) (43,6%) und rund 16,7 Mio. Mitglieder aus der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) (23,9%). Zur AKV gehören abhängig Beschäftigte, also Arbeiter und Angestellte, deren Bruttolohn oder -gehalt die Jahresarbeitsentgeltgrenze (Versicherungspflichtgrenze) von 53.550€, also 4.462,50€ monatlich, für 2014 nicht übersteigt.²⁷ Zudem sind in der AKV Schüler, Auszubildende, Arbeitslose, Landwirte, Künstler, Publizisten, Be-

²⁶ Vgl. Bannenberg 2013a, S. 68 und S. 72; Schreyögg/Busse 2013, S. 26; Simon 2013, S. 186

²⁷ Vgl. AOK-Bundesverband 2014

hinderte, Studenten und Praktikanten versichert. Rentner sind in der KVdR versichert. Die Voraussetzung dafür ist, dass sie in der zweiten Hälfte ihrer erwerbstätigen Zeit mindestens 90% der Versicherungspflicht in der GKV unterlagen.²⁸

Liegt das Bruttojahresarbeitsentgelt einmalig oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, unterliegen (erstmalig) abhängig Beschäftigte nicht der Versicherungspflicht in der GKV.²⁹ Diejenigen, die nicht versicherungspflichtig sind, können frei entscheiden, ob sie sich entweder (weiter) in der GKV versichern wollen oder sich in der PKV versichern möchten.³⁰ Entscheiden sie sich für eine GKV-Mitgliedschaft, gehören sie zu den rund 5,3 Mio. freiwilligen Mitgliedern. Ihr Anteil am Versichertenkreis beträgt 7,6%. Zu den Personengruppen, die ebenfalls frei entscheiden können, gehören unter anderem Beamte, Richter, Soldaten, Geistliche, Lehrer in Privatschulen, Pensionäre, Selbstständige und Freiberufler.³¹ Ob Personen der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen oder ein Wahlrecht zwischen GKV und PKV besitzen, hängt letztlich von der Höhe des Einkommens und/oder vom Beschäftigungsstatus ab.³²

Einnahmen durch Beiträge

Die GKV wird neben einem steuerfinanzierten Bundeszuschuss, der seit seiner Einführung im Jahr 2004 immer unter 10% der Gesamteinnahmen der GKV lag, hauptsächlich aus Beiträgen von Mitgliedern finanziert. Die Beiträge werden als prozentualer Teil der beitragspflichtigen Einnahmen erhoben, die die Beitragsbemessungsgrundlage darstellen. Dies sind bei Pflichtmitgliedern die Bruttoarbeitsentgelte aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung und gesetzliche und betriebliche Bruttorenten.³³ Zur Beitragsberechnung gilt ein für alle Krankenkassen allgemeiner Beitragssatz von 15,5%. Abhängig Beschäftigte und Arbeitgeber bzw. Rentner und Rentenversicherungsträger beteiligen sich an der Beitragsfinanzierung paritätisch mit jeweils 7,3% der beitragspflichtigen Einnah-

²⁸ Vgl. Bannenberg 2013a, S. 71; Simon 2013, S. 114 und S. 184

²⁹ Vgl. Bannenberg 2013a, S. 72

³⁰ Vgl. Bannenberg 2013b, S. 114; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 126

³¹ Vgl. Walendzik 2009, S. 11; Bannenberg 2013a, S. 71

³² Vgl. Passon et al. 2009, S. 105; Augurzky et al. 2010, S. 9

³³ Vgl. Simon 2013, S. 195 und S. 199

men. Den Sonderbeitragssatz von 0,9%, der ein Teil des allgemeinen Beitragssatzes ist, tragen die Pflichtmitglieder allein.³⁴

Für die Beitragsberechnung wird das Leistungsfähigkeitsprinzip herangezogen. Es sagt aus, dass Mitglieder mit gleichen beitragspflichtigen Einnahmen über gleich hohe Beiträge gleich belastet werden (horizontale Gerechtigkeit) und Mitglieder mit hohen beitragspflichtigen Einnahmen über hohe Beiträge stark belastet werden (vertikale Gerechtigkeit).³⁵ Die Beiträge von Pflichtmitgliedern verlaufen proportional zu ihren beitragspflichtigen Einnahmen von 850,01€ bis zur Beitragsbemessungsgrenze (BBG). Sie liegt 2014 bei 4.050€ pro Monat bzw. 48.600€ pro Jahr.³⁶ Für die freiwilligen Mitglieder ist die gesamte finanzielle Leistungsfähigkeit maßgebend. Sie zahlen den allgemeinen Beitragssatz von 15,5% in voller Höhe. Dabei haben sie gegenüber ihrem Arbeitgeber einen Anspruch auf einen Beitragszuschuss, der sich in der Höhe nach dem Arbeitgeberanteil von 7,3% und höchstens der Hälfte des tatsächlich gezahlten Beitrags bemisst.³⁷ Sämtliche Beiträge werden dann von den beitragsabführenden Stellen dem Gesundheitsfonds³⁸ zugeführt.

Die Beitragsberechnung basiert auf dem Solidar(itäts)prinzip. Dieses besagt zum einen, dass sich die Versicherten im Krankheitsfall gegenseitig unterstützen und für die Versicherten Leistungsansprüche gegenüber der Solidargemeinschaft bestehen (Risikosolidarität). Zum anderen werden die Leistungen über die nach der finanziellen Leistungsfähigkeit aller Mitglieder berechneten Beiträge solidarisch finanziert (Einkommenssolidarität).³⁹ Damit unterscheiden sich die Beiträge nicht nach anderen Kriterien wie dem Alter, dem Geschlecht, dem Krankheitsrisiko, Familienstand der Versicherten etc.⁴⁰ So finden im Rahmen der Beitragsberechnung verschiedene Umverteilungen statt. Zu unterscheiden sind intraperiodische und intertemporale Umverteilungen. Bei den intraperiodischen Umverteilungen kommt es innerhalb eines Zeitraums zu Umverteilungen der Belastung zwi-

³⁴ Vgl. Simon 2013, S. 200f.; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 132f.; Mit dem GKV-FQWG wird Ende 2014 der Sonderbeitragssatz von 0,9% abgeschafft.

³⁵ Vgl. Wasem/Greß 2002; Greß/Rothgang 2010, S. 8; Rothgang/Arnold 2011, S. 6; Leiber/Zwiener 2006, S. 6; Pimpertz 2013, S. 16

³⁶ Vgl. AOK-Bundesverband 2014

³⁷ Vgl. Simon 2013, S. 201

³⁸ Zum Gesundheitsfonds sei auf den *Teilabschnitt ‚Verteilung durch Gesundheitsfonds‘* verwiesen.

³⁹ Vgl. Greß 2010, S. 5f.

⁴⁰ Vgl. Bannenberg 2013a, S. 68; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 132

schen Versichertengruppen. Die intertemporalen Umverteilungen hingegen beziehen sich auf Umverteilungen der Belastung zwischen Versichertengenerationen.⁴¹

Zu den intraperiodischen Umverteilungen gehören die zwischen Versicherten mit unterschiedlichem Krankheitsrisiko (Risikoausgleich) und zwischen Mitgliedern mit unterschiedlicher wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit (Einkommensausgleich). Ein Ausgleich zwischen den Mitgliedern mit hohen und niedrigen Einkommen besteht durch das Nebeneinander einkommensproportionaler Beiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze und bedarfsorientierter Leistungen. Beim Risikoausgleich zwischen gesunden/weniger erkrankenden und kranken/häufiger erkrankenden Versicherten wird aufgrund risikounabhängiger Beiträge das erwartete (ex ante) sowie das unerwartete Krankheitsrisiko (ex post) ausgeglichen. Die Beiträge sind somit unabhängig sowohl von vorhersehbar als auch von unvorhersehbar eintretenden Krankheitskosten. Damit sind weitere intraperiodische Umverteilungen vorhanden: zwischen jungen und alten Versicherten (Generationenausgleich), männlichen und weiblichen Versicherten, Mitgliedern und mitversicherten Familienangehörigen, Familien mit Kindern und ohne Kinder bzw. Singles und Familien (Familienlastenausgleich) und zwischen unverheirateten und verheirateten Versicherten.⁴² Intragenerativ kann auch noch die Umverteilung zwischen erwerbstätigen und nichterwerbstätigen Versicherten genannt werden.⁴³ Zu den intertemporalen Umverteilungen gehören Umverteilungen zwischen Generationen im Rahmen der Umlagefinanzierung.⁴⁴ Bei diesen intergenerativen Umverteilungen ist die Umverteilung zwischen der Erwerbstätigen-Generation und der Nichterwerbstätigen-Generation zu nennen.⁴⁵

Verteilung durch Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds ist die Sammel- und Verteilungsstelle aller Mitgliedsbeiträge und des steuerfinanzierten Bundeszuschusses. Nachdem die Krankenkassen die Mitgliedsbeiträge von den Arbeitgebern erhoben haben, leiten die Kassen die Beiträge direkt an den Fonds weiter. Rentenversicherungsträger entrichten die Beiträge der Rentner ebenfalls an den Fonds. Dieser sammelt die Beiträge und den Bundeszuschuss und verteilt die Mittel

⁴¹ Vgl. SVR-W 2005, S. 347

⁴² Vgl. Walendzik 2009, S. 6ff.

⁴³ Vgl. Allinger 2006, S. 3

⁴⁴ Vgl. Walendzik 2009, S. 7

⁴⁵ Vgl. Allinger 2006, S. 3

an die einzelnen Kassen.⁴⁶ Die Kassen erhalten aus dem Fonds für jeden ihrer Versicherten bestimmte Zuweisungen. Zu den Zuweisungen gehören unter anderem die einheitliche Grundpauschale und ein Risikozuschlag für bestimmte Krankheiten des Versicherten. Die Risikozuschläge gleichen unter anderem unter Berücksichtigung von 80 Krankheiten das unterschiedliche Krankheitsrisiko der Versicherten und die unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Kassen zum Teil aus. Mit den Risikozuschlägen wird zwischen den Kassen ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) realisiert.⁴⁷

Über die Mittel des Gesundheitsfonds sollen die laufenden Ausgaben der Krankenkassen gedeckt werden. Kann eine einzelne Kasse ihre Ausgaben über die Zuweisungen aus dem Fonds nicht decken, ist sie nach Verbrauch ihrer Betriebsmittel und Rücklagen gesetzlich verpflichtet, einen pauschalen Zusatzbeitrag einheitlich von den Mitgliedern zu erheben. Um eine finanzielle Überforderung der Mitglieder durch den Zusatzbeitrag zu vermeiden, ist ein steuerfinanzierter Sozialausgleich vorgesehen. Hat eine Kasse einen positiven Deckungsbeitrag, kann sie den Überschuss ihren Mitgliedern anhand von Prämien auszahlen.⁴⁸

2.1.2 PKV

Einführung

Die PKV ist im Rahmen des dualen Krankenversicherungssystems und bezüglich ihres Angebots von Krankenvollversicherungen die für einen kleinen Teil der Bevölkerung in Deutschland geregelte substitutive Krankenversicherung. Die gesetzlichen Regelungen dazu finden sich im Versicherungsvertragsgesetz (VVG), im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), zum Teil im SGB V und für die Prämienkalkulation in der Kalkulationsverordnung (KalV).⁴⁹ Träger der PKV sind private Krankenversicherer, die im Gegensatz zu den sozialrechtlichen Krankenkassen der GKV zu den privatrechtlichen Unternehmen gehören und dabei erwerbswirtschaftliche Ziele verfolgen.⁵⁰ Bei den Versicherungsunter-

⁴⁶ Vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 135

⁴⁷ Vgl. Bannenberg 2013a, S. 90f.; Simon 2013, S. 206f.; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 132

⁴⁸ Vgl. Bannenberg 2013a, S. 91; Schreyögg/Busse 2013, S. 27; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 136ff.; Mit dem GKV-FQWG werden Ende 2014 die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge abgeschafft. Dafür können die Krankenkassen dann einkommensabhängige Zusatzbeiträge erheben.

⁴⁹ Vgl. Schreyögg/Busse 2013, S. 24; Simon 2013, S. 219f. und S. 241

⁵⁰ Vgl. Simon 2013, S. 164

nehmen kann es sich um folgende Rechtsformen handeln: um eine Körperschaft und Anstalt des öffentlichen Rechts, eine Aktiengesellschaft (AG) und ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG).⁵¹

Im Unterschied zu den gesetzlichen Krankenkassen, deren Leistungen hauptsächlich auf Sach- und Dienstleistungen beruhen und grundsätzlich nach dem Sachleistungsprinzip erbracht werden, gewähren private Krankenversicherer einen privatrechtlichen Versicherungsschutz gegen das im Krankheitsfall entstehende finanzielle Risiko und das in Form von Geldleistungen. Diese werden hauptsächlich nach dem Kostenerstattungsprinzip erbracht. Danach zahlen zunächst die Versicherten bei frei wählbaren Leistungserbringern, mit denen sie wie mit ihrem Krankenversicherer ein privatrechtliches Verhältnis eingehen, die Leistungen der Behandlung selbst. Anschließend bekommen sie, nachdem sie die Rechnung bei ihrem Versicherer eingereicht haben, die Kosten der mit ihrem Versicherer vertraglich vereinbarten Leistungen von ihm vollständig oder teilweise erstattet.⁵²

Versichertenkreis

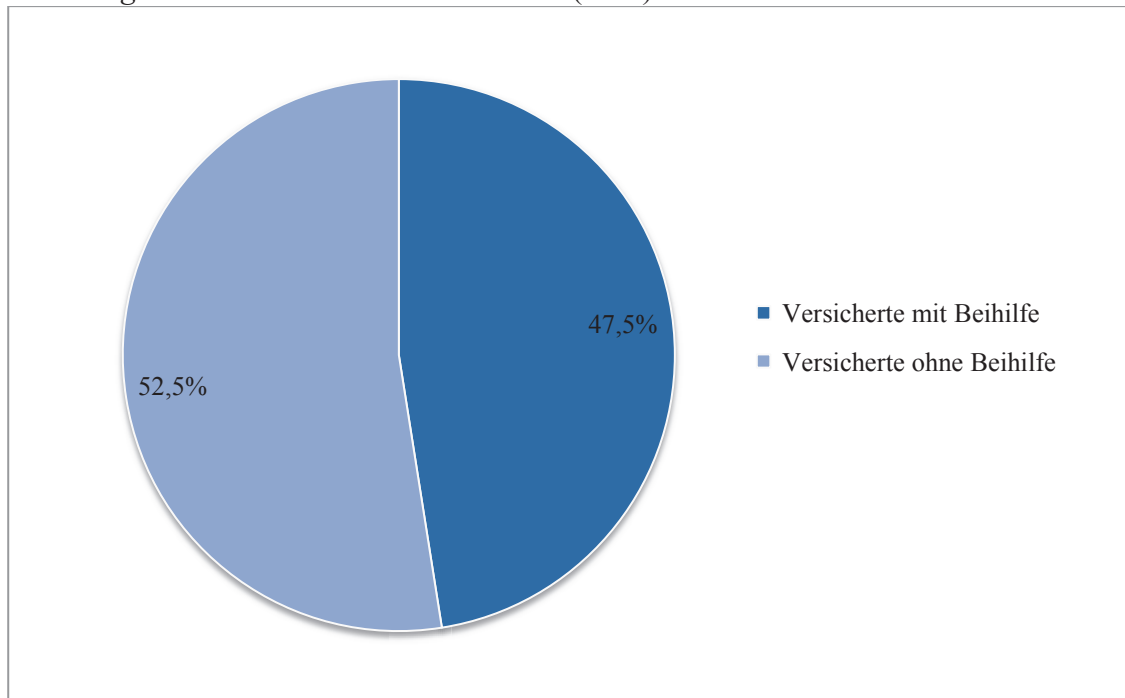
Die PKV versichert rund 9 Mio. Personen. Sie werden in „Beihilfeempfänger“ und „nicht Beihilfeempfänger“ unterschieden. Zu den beihilfebeziehenden Versicherten gehören Beamte. *Abbildung 3* zeigt, dass die rund 4,3 Mio. versicherten Beamten in der PKV 47,5% des dortigen Versichertenkreises einnehmen. Die rund 4,7 Mio. nicht beihilfebeziehenden Versicherten, der Rest des Kreises, besitzen demzufolge einen Anteil von 52,5%. Davon sind ca. 20% Rentner, 17% Selbstständige und 13% abhängig Beschäftigte.⁵³

⁵¹ Vgl. Bannenberg 2013b, S. 113; Simon 2013, S. 220

⁵² Vgl. Simon 2013, S. 112 und S. 236ff.; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 155 und S. 158

⁵³ Die Daten zur Zusammensetzung des Versichertenkreises ohne Beihilfe stammen aus einer Anfrage von Schreyögg und Busse (2013, S. 30) beim PKV-Verband für das Jahr 2011.

Abbildung 3: Versichertenstruktur der PKV (in %) für 2012



Quelle: eigene Abbildung; vgl. PKV 2012, S. 27

Die PKV gewährt Personen einen Krankenvollversicherungsschutz, die nicht der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen. Dazu gehören abhängig Beschäftigte mit einem Bruttoarbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze.⁵⁴ Überschreitet das Arbeitsentgelt einmalig die Grenze, endet für abhängig Beschäftigte die Versicherungspflicht in der GKV. Dann können sie wie andere, unter anderem Selbstständige, Rentner und Beamte⁵⁵, frei wählen, ob sie sich freiwillig in der GKV (weiter-)versichern wollen oder sich in der PKV versichern möchten.⁵⁶ Die Option zum PKV-Wechsel ist folglich von der Höhe des Einkommens und/oder vom Beschäftigungsstatus abhängig.⁵⁷ Falls Versicherte nicht mehr der PKV angehören möchten, ist eine Rückkehr zur GKV dann möglich, wenn sie arbeitslos werden oder ein Bruttoarbeitsentgelt unter der Versiche-

⁵⁴ Vgl. Bannenberg 2013b, S. 114; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 155

⁵⁵ Beamte werden von ihrem Dienstherrn anhand einer steuerfinanzierten Beihilfe im Krankheitsfall abgesichert. Das dazugehörige Beihilfesystem besteht eigenständig neben GKV und PKV. In diesem System erhalten Beamte und ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen einen Zuschuss zu den beihilfefähigen Kosten ihrer Krankenbehandlung. Die Beihilfe deckt mindestens die Hälfte der entstehenden Behandlungskosten ab. Für den ungedeckten Teil müssen sich die Beamten in der PKV versichern. Sie sind praktisch an die PKV gebunden, da sie nur dort Beihilfe erhalten. Würden sie sich in der GKV freiwillig versichern, entfällt die Beihilfe. Ihnen bleibt damit die Zugehörigkeit in der GKV verwehrt. (vgl. Passon et al. 2009, S. 117; Schreyögg/Busse 2013, S. 31; Simon 2013, S. 226f.; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 155)

⁵⁶ Vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 155

⁵⁷ Vgl. Passon et al. 2009, S. 105

rungspflichtgrenze beziehen.⁵⁸ Im Vergleich zur GKV besteht in der PKV keine Familienversicherung, in der Familienangehörige prämienfrei mitversichert sind. So hat jeder in der PKV einschließlich Kinder und Ehepartner, ob erwerbstätig oder nicht, einen entsprechenden Versicherungstarif abzuschließen.⁵⁹ Von den Versicherern angebotenen Versicherungstarifen ist der Vollversicherungstarif vom Basistarif zu unterscheiden.⁶⁰

Vollversicherungstarif

Der Vollversicherungstarif ist der klassische Tarifvertrag der privaten Krankenversicherer.⁶¹ Im Unterschied zu gesetzlichen Krankenkassen unterliegen Privatversicherer keinem Kontrahierungszwang. Demnach können die Versicherer den Abschluss von Vollversicherungsverträgen ohne Begründung ablehnen und müssen beitrittswillige Personen nicht versichern.⁶² Ausnahme ist die Kindernachversicherung, wo die Versicherer verpflichtet sind, ein Neugeborenes eines bei ihnen am Tag der Geburt privatversicherten Elternteils zu versichern.⁶³ Zudem dürfen die Versicherer Vollversicherungsverträge aufgrund der allgemeinen Krankenversicherungspflicht und der Schutzbedürftigkeit der Versicherten nicht kündigen, auch dann nicht, wenn Versicherte keine Prämien zahlen und mit der Zahlung in Rückstand geraten. Zugleich ist den Versicherten die Kündigung des Vollversicherungsvertrags untersagt, solange sie nicht einen neuen Tarifvertrag, der sich dem Vorherigen unmittelbar anschließt, bei einem anderen Versicherer nachweisen.⁶⁴ Ein Kündigungsrecht besitzen Versicherte auch dann, wenn es zu einer Prämienerrhöhung kommt.⁶⁵

Der Vollversicherungstarif wird neben Zinserträgen und Entnahmen aus Rücklagen für Prämienrückerstattungen und Alterungsrückstellungen vorwiegend über Prämien finanziert.⁶⁶ Diese bestehen aus folgenden Teilen: dem Risikozuschlag, den Alterungsrückstellungen, dem Sicherheitszuschlag, dem Teil für Prämienrückerstattungen und den sonstigen Kosten. Der Risikozuschlag deckt das erwartete Krankheitsrisiko der Versicherten

⁵⁸ Vgl. Bannenberg 2013b, S. 114f.

⁵⁹ Vgl. Bannenberg 2013b, S. 115; Simon 2013, S. 222; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 159

⁶⁰ Vgl. Preusker 2008, S. 308

⁶¹ Vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 161

⁶² Vgl. Simon 2013, S. 228f.; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 159

⁶³ Vgl. Simon 2013, S. 229

⁶⁴ Vgl. Simon 2013, S. 223 und S. 240f.

⁶⁵ Vgl. Simon 2013, S. 251

⁶⁶ Vgl. Preusker 2008, S. 305f.

ab. Die Alterungsrückstellungen sind zur Abdeckung der steigenden Krankheitskosten im Alter vorgesehen, ohne die Prämien später anheben zu müssen. Mit dem Sicherheitszuschlag werden in die Prämien unvorhersehbare Schwankungen der Leistungsanspruchnahme und künftige Kostensteigerungen im Gesundheitswesen einkalkuliert, um Prämiensteigerungen zu vermeiden. Die Aufwendungen für Prämienrückerstattungen werden für anteilige Prämienrückzahlungen verwendet. Sie werden gezahlt, wenn vertraglich vereinbarte und erwartete Leistungen nicht oder unter einer bestimmten Grenze in Anspruch genommen wurden. Unter sonstige Kosten sind beispielsweise Vertragsabschluss- (z.B. Provisionen) und Verwaltungskosten zu verstehen.⁶⁷

Im Unterschied zur GKV, wo die Mitglieder einkommensabhängige Beiträge zahlen, müssen in der PKV alle Versicherten mit einem Vollversicherungstarif Individualprämien (Individualprinzip) entrichten.⁶⁸ Die Prämienkalkulation erfolgt im Gegensatz zur GKV, in der sich die Beitragsberechnung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip richtet, nach dem Äquivalenzprinzip.⁶⁹ Danach werden die Prämien von den Versicherern nicht nach dem Einkommen, sondern individuell nach dem Wert des Versicherungsschutzes kalkuliert.⁷⁰ Der Wert entspricht innerhalb der erwarteten Versicherungsdauer der vom Versicherten frei wählbaren Versicherungsleistungen, des zu erwarteten Krankheitsrisikos und den damit verbundenen Kosten ausgelöst durch die von ihm voraussichtlich in Anspruch genommenen Leistungen.⁷¹

In der risikoäquivalenten Prämienkalkulation wird das erwartete Krankheitsrisiko der Versicherten durch eine Gesundheitsprüfung anhand bestimmter Risikomerkmale ermittelt. Dazu gehören das Alter der Versicherten bei Eintritt in den Versicherer, ihre Vorerkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen.⁷² In die Kalkulation können auch Informationen zu ihrem Beruf, ihrem Wohnort und zu ihren Hobbys mit einfließen. Eine geschlechtsspezifische Prämienkalkulation ist nicht zulässig. Anhand der ermittelten Risikofaktoren erhalten die Prämien einen Risikozuschlag und sind damit ein Äquivalent

⁶⁷ Vgl. Bannenberg 2013b, S. 116

⁶⁸ Vgl. Preusker 2008, S. 72 und S. 306; Bannenberg 2013b, S. 118; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 159

⁶⁹ Vgl. Bannenberg 2013b, S. 116; Simon 2013, S. 241

⁷⁰ Vgl. Bannenberg 2013b, S. 116

⁷¹ Vgl. Simon 2013, S. 241 und S. 243

⁷² Vgl. Simon 2013, S. 245; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 159

des zu erwarteten Krankheitsrisikos der Versicherten.⁷³ Somit gleichen die risikoäquivalenten Prämien im Vergleich zu den einkommensabhängigen Beiträgen der GKV weder die finanzielle Leistungsfähigkeit noch das erwartete Krankheitsrisiko aus. Die Prämien führen lediglich zu einem Ausgleich des unerwarteten Krankheitsrisikos (ex-post-Risikosolidarität).⁷⁴

Im Unterschied zu den umlagefinanzierten Beiträgen der GKV werden die Prämien im Kapitaldeckungsverfahren mit den genannten Alterungsrückstellungen kalkuliert. Die gebildeten Alterungsrückstellungen dienen dazu, das im Alter erwartete Krankheitsrisiko der Versicherten abzudecken und die damit verbundenen höheren Krankheitskosten zu finanzieren. Die Prämien werden so kalkuliert, dass Versicherte in jungen und mittleren Lebensjahren höhere Prämien zahlen als für die Abdeckung der in dieser Zeit anfallenden Leistungsausgaben benötigt wird. Der nicht benötigte Prämienteil wird als Kapitalrücklage zinsbringend am Kapitalmarkt angespart. Dieser Ansparvorgang dauert bis zum 60. Lebensjahr. Ab dem Alter von 65 Jahren werden die aus den Kapitalrücklagen und Kapitalerträgen gewonnenen Alterungsrückstellungen bei mit dem Alter ansteigender Leistungsanspruchnahme schrittweise aufgelöst und für die Prämienermäßigung eingesetzt. Bei einer richtigen Prämienkalkulation sind im Versicherungsverlauf prinzipiell keine Prämien erhöhungen aufgrund des Älterwerdens notwendig. Da der medizinisch-technische Fortschritt, die Inflation von Gesundheitsleistungen und die steigende Lebenserwartung nicht zur Prämienkalkulation herangezogen werden, dürfen die privaten Krankenversicherer die Prämien im Alter nachberechnen und tun dies auch.⁷⁵

Basistarif

Gegenüber dem Vollversicherungstarif, dem klassischen Tarif der PKV, orientiert sich der Basistarif zum Teil an Prinzipien der GKV. Einen Basistarif können alle Neuversicherten sowie alle Bestandsversicherten über 55 Jahre abschließen. Dabei stehen die Versicherer unter Kontrahierungszwang. Sie sind verpflichtet, jede Person, der in die PKV eintreten möchte und der die Zugangsvoraussetzungen erfüllt, in einen Basistarif aufzunehmen. Somit besteht eine Kassenwahlfreiheit in der PKV nur im Rahmen des Basista-

⁷³ Vgl. Simon 2013, S. 243ff.

⁷⁴ Vgl. Walendzik 2009, S. 6; Greß 2010, S. 6

⁷⁵ Vgl. Simon 2013, S. 243 und S. 248ff.; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 159f.

rifs. Versicherte, die ab 2009 einen Vollversicherungstarif abgeschlossen haben, können ihre bis zum Wechsel aufgebauten Alterungsrückstellungen nur im Umfang des Basistarifs zum neuen Versicherer mitnehmen. Eine Übertragbarkeit des vollen Umfangs, also der Alterungsrückstellungen des Vollversicherungstarifs, ist nicht möglich. Die Versicherer haben den Basistarif branchenweit einheitlich zu berechnen und anzubieten.⁷⁶

Die Leistungen im Basistarif müssen denen der GKV entsprechen, wobei keine ausgeschlossen werden dürfen. Sie werden über Beiträge finanziert, die ohne Gesundheitsprüfung und Risikozuschläge im Umlageverfahren zu berechnen sind.⁷⁷ Hierbei findet ein Ausgleich statt, sowohl des erwarteten als auch des unerwarteten Krankheitsrisikos.⁷⁸ Die Prämienhöhe ist bei einem in der GKV zu zahlenden Höchstbeitrag von 627,75€ pro Monat begrenzt. Einen Basistarif schließen vorwiegend Versicherte ab, bei denen die Behandlungskosten über den Höchstbeitrag liegen. Wird der Versicherte finanziell überfordert, kann der Versicherer den Basistarif um bis zu 75% senken. Der restliche Anteil ist dann von der PKV-Gemeinschaft aufzubringen.⁷⁹ Die durch den einheitlichen Basistarif hervorgerufenen unterschiedlichen finanziellen Belastungen werden über einen Risikoausgleich zwischen allen Versicherern ausgeglichen.⁸⁰

2.1.3 Vergleich zwischen GKV und PKV

In den zwei vorangegangenen Abschnitten wurden die Grundstrukturen und die Grundprinzipien der GKV und PKV vorgestellt. Der Fokus der Betrachtung lag hier insbesondere auf den Versichertenkreis und der Finanzierung der beiden. In *Tabelle 1* werden nun die wesentlichen Merkmale von GKV und PKV zusammengefasst und vergleichend gegenübergestellt.

⁷⁶ Vgl. Buchner/Wasem 2013, S. 273; Simon 2013, S. 223, S. 229f., S. 234, S. 246 und S. 252ff.; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 160f.

⁷⁷ Vgl. Buchner/Wasem 2013, S. 273; Schreyögg/Busse 2013, S. 27 und S. 31; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 161

⁷⁸ Vgl. Greß 2010, S. 6

⁷⁹ Vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 161

⁸⁰ Vgl. Buchner/Wasem 2013, S. 273; Simon 2013, S. 255

Tabelle 1: Vergleich zwischen GKV und PKV

| | GKV | PKV (Vollversicherungstarif) |
|--|---|--|
| Versicherungsschutz | Krankheitsrisiko | finanzielles Risiko |
| gesetzliche Regelung | SGB V | VVG, VAG, SGB V, KalV |
| Organisation | Sozialversicherung | Privatversicherung |
| Träger | gesetzliche Krankenkassen als Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts | private Krankenversicherer als Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts, als Aktiengesellschaften (AG) oder als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (VVG) |
| Zustandekommen der Versicherung | sozialrechtlicher Vertrag zwischen Kasse und Versicherter; Kontrahierungszwang für Krankenkasse | privatrechtlicher Vertrag zwischen Versicherer und Versicherter; kein Kontrahierungszwang |
| Versicherte | Pflichtmitglieder: abhängig Beschäftigte mit Arbeitsentgelt bis zur Versicherungspflichtgrenze und unter anderem Rentner; freiwillige Mitglieder: abhängig Beschäftigte mit Arbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze | Personen, die nicht der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen wie abhängig Beschäftigte mit einem Arbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze sowie unter anderem Beamte und Selbstständige |
| Versicherung von Familienangehörigen | beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern | zur Prämienzahlung verpflichtender Versicherungsvertrag für jede Person inklusive Kinder und Ehepartner |
| Beitragsberechnung/Prämienkalkulation | Solidaritäts- und Leistungsfähigkeitsprinzip | Individual- und Äquivalenzprinzip |
| Finanzierungsverfahren | Umlageverfahren | Kapitaldeckungsverfahren |
| Art der Leistungen | Sachleistungen | Geldleistungen |
| Leistungsgewährung | Sachleistungs- und Bedarfsdeckungsprinzip | Kostenerstattungsprinzip |
| Leistungsumfang | Leistungskatalog | Tarifvertrag |

Quelle: eigene Tabelle

Tabelle 1 zeigt anhand der Gegenüberstellung, dass sich die GKV von dem Vollversicherungstarif der PKV erheblich unterscheidet. Zwar fließen manche GKV-Elemente in die PKV und auch PKV-Elemente in die GKV ein. Dennoch sind GKV und PKV grundverschieden. Aufgrund der (unterschiedlichen) Rahmenbedingungen ergeben sich entsprechende Probleme und Reformbedarfe. Die für die Thematik der Arbeit relevanten werden im folgenden *Abschnitt 2.2* herausgearbeitet.

2.2 Probleme und Reformbedarfe

Abschnitt 2.1 umriss die Grundstrukturen und Grundprinzipien der GKV und PKV. Nun werden die Probleme und Reformbedarfe des dualen Krankenversicherungssystems, die sowohl die GKV und PKV (*Abschnitt 2.2.1* und *2.2.2*) als auch die Grenze zwischen den beiden (*Abschnitt 2.2.3*) betreffen, aufgezeigt.

2.2.1 GKV

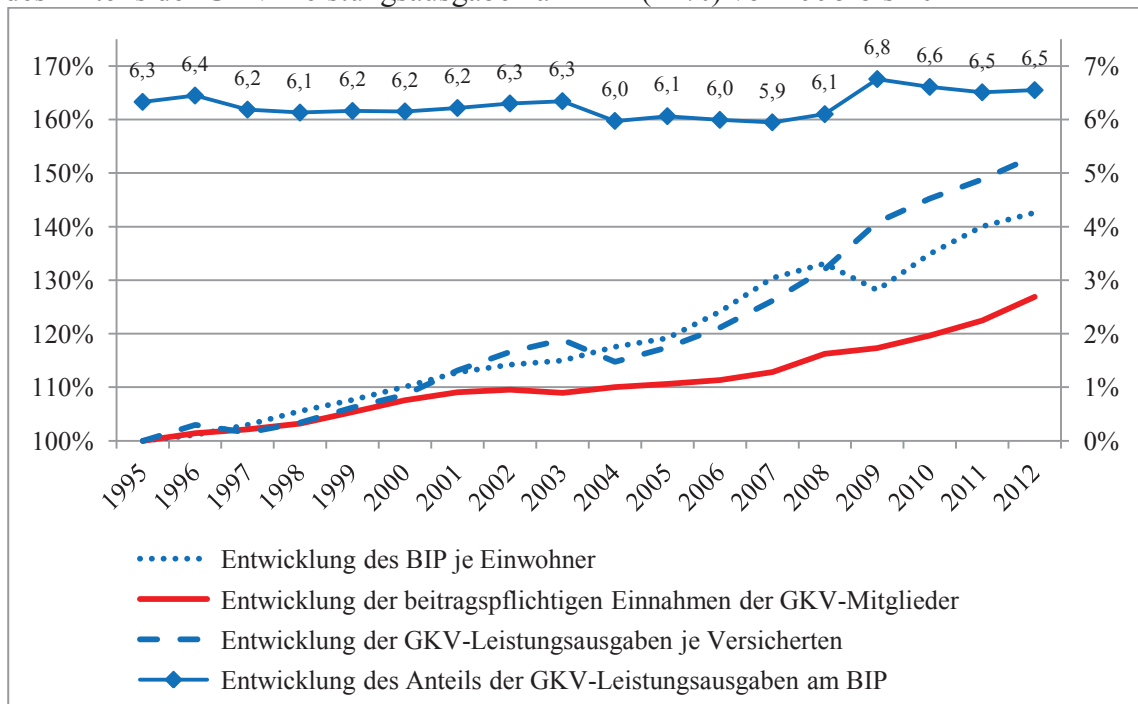
Primär kein Ausgaben-, sondern ein Einnahmenproblem

Ein in den letzten Jahrzehnten kontrovers diskutierter Reformbedarf in der GKV besteht hinsichtlich der Problematik der Finanzierung. Hierbei wurde gestritten, ob die Ursachen für die Finanzierungsproblematik eher auf der Ausgaben- oder auf der Einnahmenseite zu suchen sind. Liegt also mehr ein Einnahmen- oder ein Ausgabenproblem vor? Die mittlerweile vorherrschende Meinung ist, dass es sich nur nachrangig um ein Ausgabenproblem und vor allem um keine „Kostenexplosion“ handelt. Die Ursachen für die Finanzierungsproblematik werden vornehmlich auf der Einnahmenseite gesehen. Auf dieser Seite besteht eine Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen, zusammen mit dem Beitragssatz die Grundlage für die Beitragsbemessung. Gemessen an den Gesamteinnahmen sind Beiträge neben dem marginalen Anteil des steuerfinanzierten Bundeszuschusses die Haupteinnahmequelle der GKV.

Dass in der GKV primär kein Ausgabenproblem vorliegt und vor allem keine Kostenexplosion stattfindet, sondern dass sich dort eine Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen vollzieht und es sich insofern um ein Einnahmenproblem handelt, verdeutlicht *Abbildung 4*. Darin wird die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der GKV mit der Entwicklung der Leistungsausgaben der GKV je Versicherten und mit der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts (BIP⁸¹) je Einwohner verglichen. Zudem wird gezeigt, wie sich die Ausgabenquote, also der Anteil der Leistungsausgaben der GKV am BIP, entwickelt.

⁸¹ Das BIP ist ein Maß aller produzierten Güter (Waren und Dienstleistungen) innerhalb eines Landes und damit ein Indikator der gesamtwirtschaftlichen Leistung. (vgl. Hohlstein et al. 2009, S. 120; Piekenbrock 2009, S. 406) Für die Darstellung und den Beweis der Finanzierungsproblematik in der GKV wird in diesbezüglicher Literatur stets das BIP als Referenz- und Bezugsgröße verwendet.

Abbildung 4: Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder, des BIP je Einwohner, der GKV-Leistungsausgaben je Versicherten (Index; 1995 = 100) und des Anteils der GKV-Leistungsausgaben am BIP (in %) von 1995 bis 2012



Quelle: eigene Abbildung; vgl. BMG 2001, S. 382; BMG 2013, S. 124, S. 136 und S. 144; StBA 2013, S. 315; mit eigenen Berechnungen

In *Abbildung 4* ist zunächst zu sehen, dass sich die Leistungsausgaben der GKV je Versicherten von 1995 bis 2007 relativ konstant zum BIP je Einwohner entwickelten. Ab 2008 steigen die GKV-Ausgaben jedoch oberhalb des BIP. Der Grund hierfür ist unter anderem, dass durch den Wirtschaftseinbruch im Rahmen der Finanzmarktkrise das BIP kurzzeitig fiel.⁸² Doch seit 2009 wächst das BIP wieder ähnlich wie die GKV-Ausgaben. Zudem ist festzustellen, dass die Ausgabenquote, also der Anteil der Leistungsausgaben der GKV am BIP, stets zwischen 6 und 7% liegt. Da die GKV-Ausgaben nahezu parallel zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung steigen, spricht dies nicht für einen Ausgabenanstieg und schon gar nicht für eine Kostenexplosion in der GKV.⁸³

⁸² Vgl. Simon 2013, S. 160f. und S. 209; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 153

⁸³ Es ist aber darauf hinzuweisen, dass in der GKV ein gewisses Ausgabenproblem besteht. Die Ausgabenquote konnte vor allem durch eine zunehmende Privatisierung von Krankheitskosten, z.B. durch Leistungskürzungen und höhere Kostenbeteiligungen, nahezu konstant gehalten werden. Wäre die Kostenprivatisierung nicht erfolgt, wären vermutlich die Ausgaben schon vor 2008 oberhalb des wachsenden BIP gestiegen. (vgl. Bandelow 2002, S. 116; Bandelow 2003, S. 19; Jacobs 2003, S. 8; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 153) Die Meinung, es handle sich statt um ein Einnahmen- um ein Ausgabenproblem, wird in der wissenschaftlichen Gemeinschaft (nur noch) von Pimpertz (2003; 2006; 2010; 2013) vertreten.

Darüber hinaus zeigt sich, dass das BIP je Einwohner schneller wächst als die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der GKV. Folglich hält die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen nicht mit dem Wachstum des BIP Schritt. Außerdem entwickeln sich die beitragspflichtigen Einnahmen langsamer als die Ausgaben. Das Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen ist somit langsamer als die Entwicklung sowohl der Ausgaben als auch die Entwicklung des BIP. Im Vergleich dazu entwickeln sich die beitragspflichtigen Einnahmen also unterdurchschnittlich. So belegen die in *Abbildung 4* dargestellten Entwicklungen eine Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen und damit ein Einnahmenproblem der GKV.

Ursachen des Einnahmenproblems

Die Ursachen für die Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen und für das Einnahmenproblem der GKV liegen darin, dass der Bevölkerungsanteil an den über 65-Jährigen (Alten- bzw. Altersquotient) steigt. Da bei den Rentnern nur ihre Renten verbeitragt werden und diese durchschnittlich unterhalb der Arbeitsentgelte der Erwerbstätigen liegen, hat der steigende Anteil der älteren Bevölkerung negative Auswirkungen auf die Beitragseinnahmen (demographischer Finanzierungseffekt⁸⁴).⁸⁵ Neben dem steigenden Altersquotienten besitzen grundsätzlich die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der GKV einen negativen Einnahmeneffekt. Im Unterschied zu freiwilligen Mitgliedern, bei denen zur Beitragsberechnung die gesamte finanzielle Leistungsfähigkeit herangezogen wird, werden bei Pflichtmitgliedern lediglich Arbeitsentgelte und Renten verbeitragt (allgemeiner Finanzierungseffekt).⁸⁶ Da die beitragszahlenden Mitglieder größtenteils aus Pflichtmitgliedern bestehen, sind die Beitragseinnahmen erheblich von den Arbeitsentgelten und Renten abhängig. Dies ist kritisch zu bewerten, da sich die Zusammensetzung des Volkseinkommens in Deutschland stark verändert.⁸⁷ Wo Arbeitsentgelte und Renten an

⁸⁴ Neben dem demographischen Finanzierungseffekt besteht der demographische Ausgabeneffekt. Rentner nehmen gegenüber Erwerbstätigen im Durchschnitt mehr Leistungen in Anspruch und verursachen somit mehr Kosten. (vgl. Cassel 2001, S. 87f.; Cassel 2003, S. 75; Cassel/Postler 2003, S. 438f.; Ulrich 2003, S. 6ff.; Cassel/Postler 2011, S. 300)

⁸⁵ Vgl. Hoffritz 2003, S. 4; Fetzer 2005, S. 5f.; Leiber/Zwiener 2006, S. 11f.

⁸⁶ Vgl. Cassel 2001, S. 87f.; Cassel 2003, S. 75; Cassel/Postler 2003, S. 438f.; Ulrich 2003, S. 6ff.; Cassel/Postler 2011, S. 300

⁸⁷ Vgl. Bormann et al. 2009, S. 5

Bedeutung verlieren, erhöht sich der Anteil anderer Einkünfte. So steigen Arbeitsentgelte und Renten am Wachstum des Volkseinkommens unterproportional.⁸⁸

Da hauptsächlich Arbeitsentgelte und Renten die Bemessungsgrundlage bilden und damit für das Beitragsaufkommen verantwortlich sind, wirken sich negative Entwicklungen des Arbeitsmarktes und der Rente auf die Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen aus. Dementsprechende Indikatoren gehören dazu: Erwerbstätigenquote, regulär sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse, Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigungsverhältnisse, Beschäftigungsverhältnisse im Niedriglohnsektor, Ich-AGs, Mini- und Midi-Jobs, Arbeitslosigkeit, Scheinselbstständigkeit, Löhne, Gehälter, Konjunktur und Rentenniveau. Als weitere Ursache für das Einnahmenproblem wird die Politik der Verschiebebahnhöfe genannt. Hier kam es in der Vergangenheit zu Kostenverschiebungen zwischen den Sozialversicherungszweigen. Dies geschah insbesondere zu Lasten der GKV, indem der GKV unter anderem Einnahmen entzogen wurden.⁸⁹ Alle zuvor genannten Erklärungsansätze, ausgehend von der Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen, führen schließlich zum Einnahmenproblem der GKV.

Folge des Einnahmenproblems

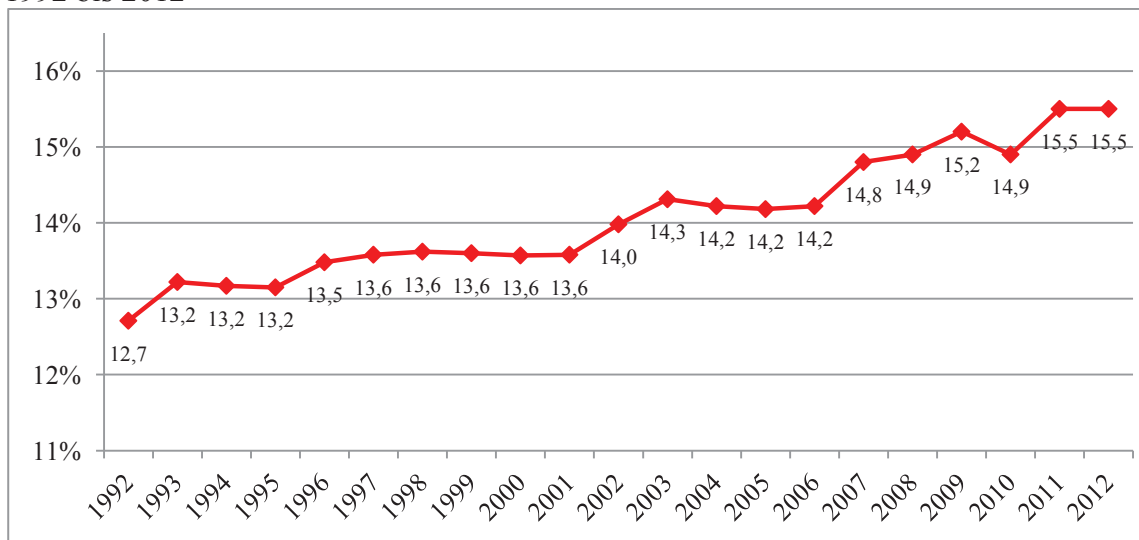
Dass die Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen, als Ursprungspunkt für das Einnahmenproblem, kaum zur Nachhaltigkeit der Beitragsfinanzierung in der GKV beiträgt, ist an permanenten Anpassungen der Beitragssätze nach oben zu erkennen.⁹⁰ So wirkt sich die Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen erhöhend auf die Beitragssätze aus. *Abbildung 5* zeigt, wie sich der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV in den letzten Jahren entwickelt hat.

⁸⁸ Vgl. Jacobs 2003, S. 8; Walendzik 2009, S. 5

⁸⁹ Vgl. Simon 2013, S. 216; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 153f.

⁹⁰ Vgl. Rothgang/Arnold 2011, S. 1 und S. 6; Pimpertz 2013, S. 3ff.; Das Ergebnis des Einnahmenproblems ist eine andauernde Finanzierungslücke, die neben Beitragssatzerhöhungen durch Leistungskürzungen und ansteigende Kostenbeteiligungen geschlossen wurde. (vgl. Leiber/Zwiener 2006, S. 8 und S. 31f.)

Abbildung 5: Entwicklung des durchschnittlichen Beitragssatzes in der GKV (in %) von 1992 bis 2012



Quelle: eigene Abbildung; vgl. BMG 2001, S. 396; BMG 2013, S. 142

Aus *Abbildung 5* ist zu erkennen, dass der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV seit der Wiedervereinigung von 12,7 auf 15,5% stetig gestiegen ist. Somit hielt sich der Beitragssatz auf keinem stabilen Niveau. Hierbei wird vermutet, der Beitragssatzanstieg wirke sich zu Lasten des Arbeitsmarktes aus. Die Argumentation ist, dass eine Erhöhung zu steigenden Lohnnebenkosten führe und somit den Faktor Arbeit verteuere. Dies soll negative Beschäftigungseffekte auslösen und die Arbeitslosigkeit erhöhen, was wiederum sinkende Beitragseinnahmen verursachen würde.⁹¹

In der Vergangenheit wurde stets versucht, dem Anstieg des Beitragssatzes zu begegnen. Seit 1977 gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Dieser sieht eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik vor, die Kostendämpfungsmaßnahmen nach sich zog.⁹² Doch trotz der Maßnahmen wurde ein mittel- bis langfristig stabiler Beitragssatz nicht erreicht. Wären die beitragspflichtigen Einnahmen ähnlich wie das BIP gestiegen (siehe *Abbildung 4*),

⁹¹ Vgl. Gerken/Raddatz 2003, S. 3; Pfaff et al. 2005, S. 21f.; Walendzik 2009, S. 6; In einer internationalen Studie konnten Ecker et al. (2004) aber zeigen, dass es zwischen der Arbeitgeberbelastung durch Gesundheitskosten (z.B. durch den ansteigenden Beitragssatz und den damit einhergehenden Beitragsanstieg) und der Beschäftigungsentwicklung keinen belastbaren empirischen Zusammenhang gibt. Auch Ebert (2007, S. 109) hält das Lohnnebenkostenargument für ökonomisch weitgehend unberechtigt. Eine höhere Beitragsbelastung der Versicherten der GKV durch den Anstieg des Beitragssatzes befördert jedoch die Abwanderung von freiwillig GKV-Versicherten in Richtung PKV zu Lasten der Solidargemeinschaft der GKV. (vgl. Burkhardt 2002, S. 580; Zwiener 2011, S. 5) Mehr dazu in *Abschnitt 2.2.3*.

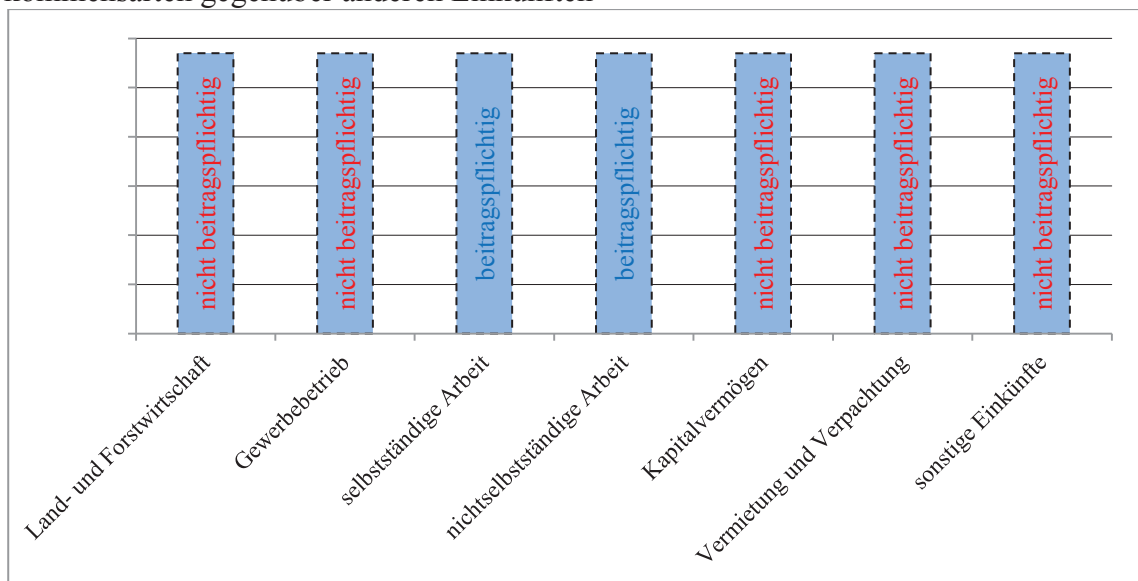
⁹² Vgl. Henke 2002, S. 11

hätte sich vermutlich der Beitragssatz relativ stabil halten können.⁹³ Daher sollte das Ziel sein, die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen an die Entwicklung des BIP zu koppeln.⁹⁴ Insofern besteht die Lösung des Einnahmenproblems und des beständigen Beitragssatzanstiegs darin, die Beitragsbemessungsgrundlage derartig zu erweitern, dass sich die beitragspflichtigen Einnahmen ähnlich wie das BIP entwickeln können.⁹⁵

Folge der derzeit festgelegten Beitragsbemessungsgrundlage

Die Beitragsbemessungsgrundlage verursacht aber nicht nur ein Einnahmenproblem und führt zu keinen stabilen Beitragssätzen. Sie verhindert auch eine solidarische Beitragsfinanzierung. Damit wird zwar ein Einkommensausgleich durchgeführt. Aufgrund der begrenzten Definition bei den Pflichtmitgliedern werden deren Beiträge aber nicht nach der gesamten finanziellen Leistungsfähigkeit berechnet.⁹⁶ Da andere Einkommensarten nicht verbeitragt werden und beitragsfrei bleiben, wird die horizontale Gerechtigkeit verletzt.⁹⁷ *Abbildung 6* verdeutlicht dies anhand der möglichen Einkommenssäulen.

Abbildung 6: Verletzung der horizontalen Gerechtigkeit durch die Ausgrenzung von Einkommensarten gegenüber anderen Einkünften



Quelle: eigene Abbildung

⁹³ Vgl. Leiber/Zwiener 2006, S. 9f.

⁹⁴ Vgl. Greß/Rothgang 2010, S. 8

⁹⁵ Vgl. Leiber/Zwiener 2006, S. 32; Rothgang/Arnold 2011, S. 1 und S. 6; Pimpertz 2013, S. 3ff.

⁹⁶ Vgl. Bormann et al. 2009, S. 5

⁹⁷ Vgl. Greß/Rothgang 2010, S. 5ff. und S. 16; Rothgang/Arnold 2011, S. 6; Die horizontale Gerechtigkeit besagt, dass alle Einkunftsarten zu verbeitragen sind. (vgl. Wasem/Greß 2002; Greß/Rothgang 2010, S. 8; Rothgang/Arnold 2011, S. 6; Leiber/Zwiener 2006, S. 6; Pimpertz 2013, S. 16)

Abbildung 6 sagt aus, dass Pflichtmitglieder, die neben den beitragspflichtigen Einnahmen noch über weitere Einkünfte aus anderen Einkommensarten verfügen, nicht stärker mit Beiträgen belastet werden, als solche, die keine weiteren Einkünfte besitzen.⁹⁸ Diejenigen, die bei hohen beitragspflichtigen Einnahmen geringe weitere Einkünfte beziehen, werden übermäßig belastet. Dagegen ist die Belastung für diejenigen mit geringen beitragspflichtigen Einnahmen und hohen weiteren Einkünften vergleichsweise niedrig.⁹⁹ Zudem werden Pflichtmitglieder, die zwar gleich hohe beitragspflichtige Einnahmen besitzen, anhand weiterer Einkünfte aber über unterschiedliche Gesamteinkommen verfügen, gleich belastet.¹⁰⁰ Insofern funktioniert der Einkommensausgleich im Rahmen der Beitragsfinanzierung nur ungenügend.¹⁰¹ Eine Verbeitragung nach der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit findet nicht statt.¹⁰² Die Lösung des Problems liegt darin, die Beitragsbemessungsgrundlage durch das Hinzuziehen bisher nicht beitragspflichtiger Einkünfte zu verbreitern.¹⁰³

Folge der derzeit festgelegten Beitragsbemessungsgrenze

Neben der eng definierten Beitragsbemessungsgrundlage wirkt sich auch die dazugehörige Beitragsbemessungsgrenze (BBG) negativ auf die Solidarität der Beitragsfinanzierung aus. Die BBG besitzt die Funktion, die Verbeitragung der beitragspflichtigen Einnahmen zu begrenzen. Dadurch werden aber lediglich Einnahmen unterhalb der BBG verbeitragt. Da oberhalb der BBG keine Verbeitragung stattfindet und diese Einnahmen unberücksichtigt bleiben, wird die vertikale Gerechtigkeit verletzt.¹⁰⁴ In *Abbildung 7* ist dies nachzuvollziehen.

⁹⁸ Vgl. Walendzik 2009, S. 6

⁹⁹ Vgl. Pfaff et al. 2005, S. 24f.; Greß/Rothgang 2010, S. 5, S. 8 und S. 16

¹⁰⁰ Vgl. Walendzik 2009, S. 6

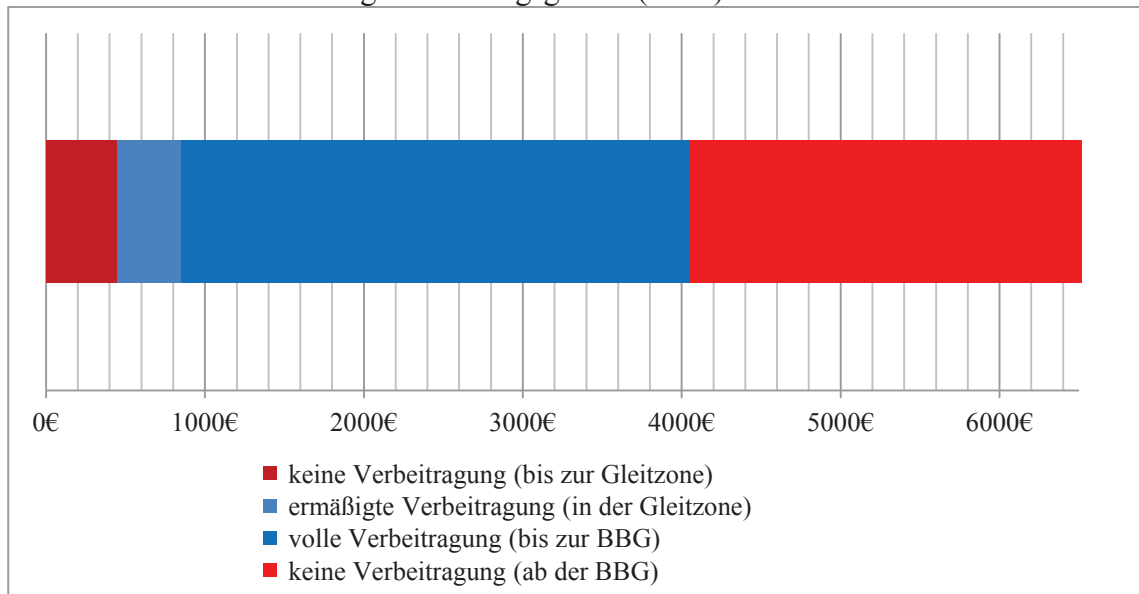
¹⁰¹ Vgl. Pimpertz 2013, S. 14

¹⁰² Vgl. Knappe 2007, S. 18f.

¹⁰³ Vor dem Hintergrund, dass der Großteil der erbrachten GKV-Leistungen keine Lohnersatzleistungen sind und damit kaum ein Zusammenhang zwischen den erhaltenen Leistungen und den gezahlten Beiträgen besteht, rechtfertigt es, neben den diskriminierten Lohneinkommen auch andere Einkünfte zur Verbeitragung heranzuziehen. (vgl. Breyer 2010, S. 10)

¹⁰⁴ Vgl. Walendzik 2009, S. 5; Greß/Rothgang 2010, S. 8 und S. 13; Rothgang/Arnold 2011, S. 2 und S. 6; Die vertikale Gerechtigkeit besagt, dass auch Einnahmen oberhalb der BBG zu verbeitragen sind. (vgl. Wasem/Greß 2002; Greß/Rothgang 2010, S. 8; Rothgang/Arnold 2011, S. 6; Leiber/Zwiener 2006, S. 6; Pimpertz 2013, S. 16)

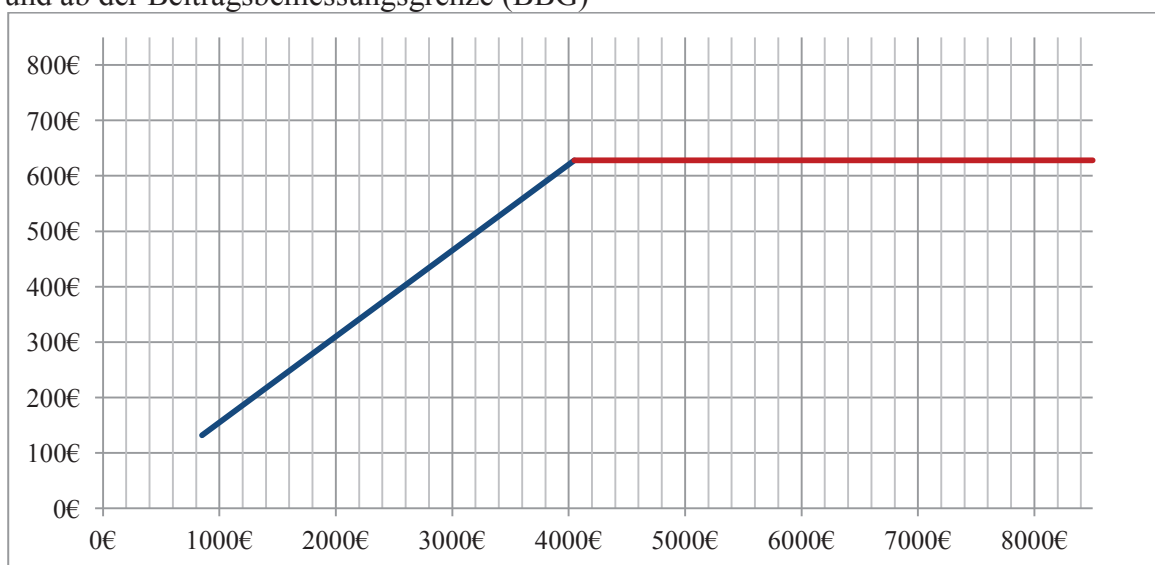
Abbildung 7: Verletzung der vertikalen Gerechtigkeit durch die Ausgrenzung von Einnahmen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BBG)



Quelle: eigene Abbildung

Abbildung 7 zeigt, dass zunächst die beitragspflichtigen Einnahmen bis 450€ pro Monat nicht verbeitragt werden. Von 450,01 bis 850€, in der Gleitzone, findet eine ermäßigte Verbeitragung statt. Für Einnahmen ab 850,01€ bis 4050€ wird der Höchstbeitragsatz von 15,5% angewendet. Ab 4050,01€ wird keine Verbeitragung vollzogen. Den dazugehörigen Beitragsverlauf bis zur und ab der BBG stellt *Abbildung 8* dar.

Abbildung 8: Verlauf des monatlichen Beitrags (in €) bei steigenden Einnahmen bis zur und ab der Beitragsbemessungsgrenze (BBG)



Quelle: eigene Abbildung

Wie in *Abbildung 8* zu sehen ist, führt die 15,5%-ige Verbeitragung der Einnahmen bis zur BBG von 4050€ zu einem linear ansteigenden Beitragsverlauf. Hierbei zahlen Mitglieder entsprechend ihrer beitragspflichtigen Einnahmen einen proportionalen Beitrag, womit sie prozentual gleich belastet werden (proportionale Beitragsbelastung). Doch ab der BBG bleibt der Beitragsverlauf linear konstant.¹⁰⁵ Hierbei zahlen Mitglieder nur noch einen Pauschalbeitrag von 627,75€, der mit Einnahmen oberhalb der BBG einen geringeren Anteil einnimmt als mit Einnahmen unterhalb der BBG.¹⁰⁶ So werden Mitglieder mit Einnahmen oberhalb der BBG gegenüber Mitgliedern mit Einnahmen unterhalb der BBG prozentual weniger belastet und steuern einen kleineren Anteil ihrer Einnahmen zum Beitragsaufkommen bei. Die Belastung der Mitglieder sinkt mit steigenden Einnahmen dann immer weiter (regressive Beitragsbelastung).¹⁰⁷ Außerdem ist die Belastung für diejenigen mit hohen über der BBG liegenden Einnahmen prozentual geringer als für Mitglieder mit niedrigeren ebenfalls über der BBG liegenden Einnahmen.¹⁰⁸

Es ist festzuhalten, dass Mitglieder mit Einnahmen oberhalb der BBG und Mitglieder mit Einnahmen unterhalb der BBG ungleich belastet werden.¹⁰⁹ Dabei wird durch die BBG nicht nur eine Beteiligung am Beitragsaufkommen von Mitgliedern mit Einnahmen oberhalb der BBG begrenzt, sondern mit weiter steigenden Einnahmen wird die prozentuale Beitragsbelastung immer geringer.¹¹⁰ So werden Mitglieder mit Einnahmen oberhalb der BBG nicht nach ihrer vorhandenen finanziellen Leistungsfähigkeit und damit nicht nach ihren finanziellen Möglichkeiten am Beitragsaufkommen beteiligt.¹¹¹ Durch die Begrenzung der tatsächlich belastbaren Einnahmen wird die Finanzierungsverantwortung beschnitten.¹¹² Der Einkommensausgleich wird unzureichend verwirklicht.¹¹³ Um die oberhalb der BBG liegenden Einnahmen bei der Verbeitragung zu berücksichtigen und damit

¹⁰⁵ Vgl. Jacobs 2003, S. 11; Knappe 2007, S. 19; Walendzik 2009, S. 6 und S. 16; Greß 2010, S. 8 und S. 11

¹⁰⁶ Vgl. Jacobs 2003, S. 11; Pfaff et al. 2005, S. 24; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 144

¹⁰⁷ Vgl. Greß 2010, S. 8; Greß/Rothgang 2010, S. 8 und S. 13; Schäfer/Blank 2011; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 144; Horschel und Pimpertz (2008, S. 4) sprechen statt der „regressiven“ von einer „degressiven“ Beitragsbelastung.

¹⁰⁸ Vgl. Walendzik 2009, S. 6 und S. 16

¹⁰⁹ Vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 145

¹¹⁰ Vgl. Walendzik 2009, S. 16

¹¹¹ Vgl. Gerken/Raddatz 2003, S. 8

¹¹² Vgl. Allinger 2006, S. 6f

¹¹³ Vgl. Jacobs 2003, S. 11; Pfaff et al. 2003, S. 56

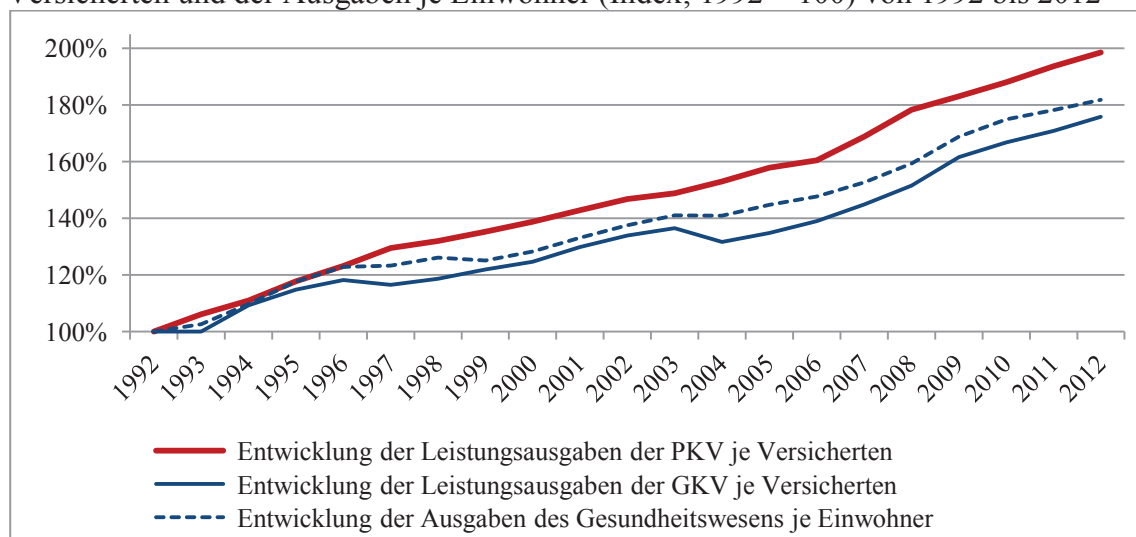
eine solidarischere Beitragsfinanzierung zu erreichen, könnte ein Niedrigbeitragssatz auf diese Einnahmen angesetzt¹¹⁴ oder die BBG auf ein höheres Niveau angehoben werden.

2.2.2 PKV

Kein Einnahmen-, sondern ein Ausgabenproblem

Wie die GKV hat es auch die PKV mit einer Finanzierungsproblematik zu tun. Im Unterschied zur GKV ist das Problem ausschließlich auf der Ausgabenseite zu finden. Ein Einnahmenproblem kann in der PKV prinzipiell nicht entstehen. Die dort zu zahlenden leistungsäquivalenten Prämien sind nicht von einer eng definierten Berechnungsgrundlage und von der Höhe eines Beitragssatzes, also von äußeren Variablen, abhängig. Sie bilden direkt die anhand des vereinbarten Versicherungstarifs kalkulierten und später anfallenden Ausgaben ab.¹¹⁵ Hingegen besteht in der PKV ein Ausgabenproblem. Einen deutlichen Beleg dafür liefert *Abbildung 9*. Darin wird die Entwicklung der Ausgaben der PKV mit der Ausgabenentwicklung der GKV und der Ausgabenentwicklung des Gesundheitswesens verglichen.

Abbildung 9: Entwicklung der Leistungsausgaben der PKV je Versicherten, der GKV je Versicherten und der Ausgaben je Einwohner (Index; 1992 = 100) von 1992 bis 2012



Quelle: eigene Abbildung; vgl. BMG 2001, S. 382; BMG 2013, S. 9, S. 124, S. 128, S. 133 und S. 136; PKV 2003, S. 33; PKV 2013, S. 16f., S. 89, S. 107 und S. 111; StBA 2002, S. 442; mit eigenen Berechnungen

¹¹⁴ So schlagen Greß und Rothgang (2010, S. 14) hierfür einen Beitragssatz von 1 bis 2% vor.

¹¹⁵ Nach Botsch (2009, S. 3f.) ist die PKV nicht nachhaltig finanziert, da ihre Kosten schon bald (weiter) steigen und daneben die Renditen auf dem Kapitalmarkt sinken werden.

Abbildung 9 zeigt, dass von 1992 bis 2012 die PKV-Leistungsausgaben je Versicherten kontinuierlich gestiegen sind. Dieser Anstieg gewinnt für den Beweis des Ausgabenproblems an Aussagekraft, indem die Entwicklung der GKV-Leistungsausgaben je Versicherten und die Entwicklung der Gesundheitsausgaben je Einwohner gegenübergestellt werden. Hierbei ist festzustellen, dass beide zwar ebenfalls ansteigen, aber sich deutlich unterhalb der PKV-Leistungsausgaben entwickeln. Die PKV weist hiermit höhere Ausgabensteigerungen auf als die GKV und das Gesundheitswesen. Diese starke Entwicklung der PKV-Ausgaben ist auf Leistungsausweitungen und Steigerungen der Honorare in der ambulant privatärztlichen Versorgung zurückzuführen. Ambulante Ärzte gleichen die vermeintlich geringe Vergütung von GKV-Patienten und die damit fehlenden Einnahmen durch höhere Leistungen und Honorarforderungen für die Versorgung von PKV-Patienten aus.¹¹⁶ Hinzu kommt, dass die PKV kaum geeignete Instrumente in der Vertragsgestaltung mit Leistungserbringern besitzt, um die Leistungen nach Qualität, Menge und Preis zu steuern.¹¹⁷

Probleme beim Versicherungs- und Vertragswechsel

Zum weiteren Problem der PKV gehört die beschränkte Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen beim Versicherungs- und Vertragswechsel innerhalb der PKV. Während der Versicherungszeit bilden die Privatversicherer für ihre Versicherten bis zu ihrem 60. Lebensjahr einen abhängig von der verfügbaren Ansparzeit entsprechenden Umfang an Alterungsrückstellungen. Möchte ein Versicherter, der ab 2009 einen Vollversicherungstarif abgeschlossen hat, wechseln, kann er die angesparten Alterungsrückstellungen seines alten Versicherers nicht im Umfang des Barwertes des Vollversicherungstarifs zum neuen Versicherer mitnehmen. Höchstens Alterungsrückstellungen im Umfang des gegenüber dem Vollversicherungstarif niedrigeren Wertes des Basistarifs sind übertragbar.¹¹⁸ Den nicht übertragbaren Teil würde der Versicherte an das Versichertenkollektiv des alten Versicherers verlieren, wodurch der Versicherte einen Vermögensverlust zu erleiden hätte.¹¹⁹ Hierbei müsste der neue Versicherer die verloren gegangenen Alte-

¹¹⁶ Vgl. Simon 2013, S. 135f.; Die PKV steht nach Botsch (2009, S. 3f.) auch deshalb vor einem großen Ausgabenproblem, da sich die Alterungsrückstellungen mittlerweile auf ein großes Volumen belaufen.

¹¹⁷ Vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 162

¹¹⁸ Vgl. Simon 2013, S. 252; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 160

¹¹⁹ Vgl. Eekhoff et al. 2008b, S. 2; Eekhoff et al. 2009, S. 2

rungsrückstellungen in der verbleibenden, dann kürzeren Ansparzeit durch eine gegenüber dem alten Versicherer höhere Forderung an Prämienzahlung neu aufbauen.¹²⁰

Ein Versicherungs- und Vertragswechsel hätte für den Versicherten aber nicht nur durch die beschränkte Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen höhere zu zahlende Prämien zur Folge. Auch durch die beim Wechsel grundsätzlich erneut durchgeführte Risikoprüfung ist dies der Fall. Da der Versicherte älter geworden ist, hat sich im Allgemeinen sein Gesundheitszustand verschlechtert und sein erwartetes Krankheitsrisiko erhöht. So würde der neue Versicherer gegenüber dem alten mit höheren Krankheitskosten kalkulieren und höhere Risikozuschläge erheben. Bei unverändertem Leistungsumfang müsste der Versicherte im Vergleich zur beim alten Versicherer gezahlten Prämie eine höhere Einstiegsprämie beim neuen Versicherer zahlen. So hätte der Versicherte beim Versicherungs- und Vertragswechsel einen zweimaligen Prämienanstieg hinzunehmen: zum einen durch die beschränkte Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen und zum anderen durch die erneute Risikoprüfung. Je länger ein Versicherter auf einen Wechsel wartet, umso höher sind die von ihm beim neuen Versicherer zu zahlenden Prämien.¹²¹

So kann sich für die Versicherten schon nach wenigen Versicherungsjahren ein Wechsel zu einem anderen Versicherer nachteilig auswirken. Der Anreiz für sie, den Versicherer zu wechseln, sinkt mit steigenden Versicherungsjahren dann immer weiter.¹²² Damit sind die Versicherten an dem ersten in der PKV gewählten Versicherer nahezu dauerhaft gebunden. Diese systembedingte Verbundenheit wird als „lock-in-Effekt“ bezeichnet. Den Versicherten wird dadurch erheblich die Wahlfreiheit genommen. Sie sind zu Beginn des Wechsels in die PKV im Grunde genommen gezwungen, eine lebenslange Entscheidung hinsichtlich der Wahl des Versicherers zu treffen. Problematisch hierbei ist, dass sie nicht wissen, ob der gewählte Versicherer sie auch noch in späteren Jahren gut versorgen kann. Falls andere Versicherer erfolgreiche Versorgungs- und Präventionsprogramme entwickelt haben, können die Versicherten aufgrund der eingeschränkten Wahlfreiheit kaum

¹²⁰ Vgl. Augurzky et al. 2010, S. 8f.; Roppel/Roppel 2011, S. 23

¹²¹ Vgl. Eekhoff et al. 2008b, S. 2; Eekhoff et al. 2009, S. 2; Simon 2013, S. 251

¹²² Vgl. Augurzky et al. 2010, S. 8f.; Simon 2013, S. 251

davon profitieren. Somit sind sie von ihrem ersten in der PKV gewählten Versicherer gewissermaßen abhängig.¹²³

Da die Bestandsversicherten nur schwer abgeworben werden können, haben die Versicherer wenig Interesse an ihnen.¹²⁴ Dass unter anderem die Alterungsrückstellungen, die in einem ab 2009 abgeschlossenen Vollversicherungstarif angesammelt wurden, im Umfang des Basistarifs übertragbar sind, erhöht kaum das Interesse.¹²⁵ Somit erschweren die beschränkte Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen und die erneute Risikoprüfung den Wettbewerb um Bestandsversicherte.¹²⁶ Ein funktionierender und sinnvoller Versicherungswettbewerb ist nahezu nicht möglich. Auch der Wettbewerb um eine hohe Versorgungs- und Servicequalität und niedrige Kosten wird kaum befördert.¹²⁷ Der Versicherungswettbewerb beschränkt sich hauptsächlich auf die Gewinnung (junger) Personen, die neu in die PKV wechseln wollen.¹²⁸ (Junge) Neuversicherte sind gegenüber (älteren) Bestandsversicherten besonders attraktiv. Es besteht für die Versicherer ein hoher ökonomischer Anreiz, das Gesundheitsmanagement und die Gestaltung der Prämien auf die Neuversicherten auszurichten. Fehlallokationen, wie beispielsweise (hohe) Honorierungen für die Gewinnung von (jungen) Neukunden mittels Provisionen, sind die Folge.¹²⁹

2.2.3 Grenze zwischen GKV und PKV

Risikoselektion der Bevölkerung

Im Rahmen des dualen Krankenversicherungssystems kann die Bevölkerung in zwei Gruppen eingeteilt werden. Die Einteilung richtet sich danach, welche Personen je nach Einkommen und/oder Beschäftigungsstatus automatisch in der GKV versichert sind oder die Wahloption zwischen GKV und PKV besitzen. Der Großteil der Bevölkerung unterliegt als Pflichtmitglieder der Versicherungspflicht in der GKV. Neben den freiwilligen Mitgliedern stellen die Pflichtmitglieder den größten Anteil der beitragspflichtigen GKV-Versicherten dar. Zu den Pflichtmitgliedern gehören vor allem Personen, die ein Brutto-

¹²³ Vgl. Eekhoff et al. 2008b, S. 2; Eekhoff et al. 2009, S. 2

¹²⁴ Vgl. Eekhoff et al. 2008b, S. 2; Eekhoff et al. 2009, S. 2

¹²⁵ Vgl. Walendzik 2009, S. 11

¹²⁶ Vgl. Roppel/Roppel 2011, S. 23

¹²⁷ Vgl. Eekhoff et al. 2008b, S. 2; Eekhoff et al. 2009, S. 2; Augurzy et al. 2010, S. 8f.

¹²⁸ Vgl. Walendzik 2009, S. 11; Roppel/Roppel 2011, S. 23

¹²⁹ Vgl. Augurzy et al. 2010, S. 9

arbeitsentgelt unterhalb der Versicherungspflichtgrenze beziehen. Studien lassen erkennen,¹³⁰ dass es sich hierbei um Personen handelt, die gegenüber denen mit einem höheren und oberhalb der Grenze liegenden Arbeitsentgelt im Durchschnitt ein größeres Krankheitsrisiko und einen schlechteren Gesundheitszustand besitzen. Zudem beteiligen sich Pflichtmitglieder an der Beitragsfinanzierung mit relativ niedrigen beitragspflichtigen Einnahmen. Gegenüber Personen mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze besitzen sie im Durchschnitt einen kleineren positiven Deckungsbeitrag. Einen grundsätzlich negativen Deckungsbeitrag weisen neben beitragsfreien Mitversicherten Rentner auf, wonach ihre Leistungsausgaben ihre Beitragszahlung übersteigen. Damit unterliegen eher schlechte Risiken der Versicherungspflicht in der GKV.

Hingegen erhält ein relativ kleiner Teil der Bevölkerung aufgrund des Beschäftigungsstatus und/oder eines Arbeitsentgeltes oberhalb der Versicherungspflichtgrenze die Option, zwischen der GKV und PKV zu wählen. Personen mit einem solchen Sozialstatus können sich entweder als freiwillige Mitglieder in der Solidargemeinschaft der GKV oder sich in der PKV versichern.¹³¹ Bei dieser Wahl besteht für sie ein Anreiz, eine nach individueller Vorteilsabwägung, nach dem Kosten-Nutzen-Verhältnis entsprechende Entscheidung zu treffen.¹³² Personen entscheiden sich für die GKV, wenn sie relativ einkommensschwach, krank und alt sind und/oder zur Mitversicherung berechtigte Familienangehörige¹³³ haben. Als schlechte Risiken würden sie zu Lasten der Solidargemeinschaft der GKV von den relativ niedrigen einkommensabhängigen und risikounabhängigen Beiträgen und von der beitragsfreien Familienversicherung profitieren.¹³⁴ Hingegen hätten sie in der PKV relativ hohe risikoäquivalente Prämienzahlungen mit entsprechenden Risikozuschlägen

¹³⁰ Studien belegen einen positiven Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit. Eine Zusammenfassung von Studienergebnissen gibt Röding (2012).

¹³¹ Vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 144; Dass einige Personen die Möglichkeit besitzen, mit einem entsprechenden Einkommen und/oder Erwerbsstatus zwischen GKV und PKV zu wählen, ist sozialpolitisch nicht zu rechtfertigen (vgl. Pfaff et al. 2003, S. 55f.; Pimpertz 2013, S. 10) und steht im klaren Widerspruch zum Solidaritätsprinzip (vgl. Hagist/Raffelhüsch 2004a, S. 1 und S. 9; 2004b, S. 185 und S. 194). So schlagen letztgenannte, Uleer (2000) und Rudolph und Schallermair (2001) vor, die Versicherungspflichtgrenze in eine Ausscheide- oder Berechtigungsgrenze umzuwandeln. Der Lösungsansatz von Richter (2009a, S. 7; 2009b, S. 477; 2010a, S. 11; 2010b, S. 11) und Pimpertz (2013, S. 10) geht noch weiter. Nach ihnen ist die Trennung von GKV und PKV diskriminierend für Personen, die nicht zwischen beiden wählen dürfen. Danach sollte allen Bürgern das Wahlrecht gegeben werden.

¹³² Vgl. Jacobs 2003, S. 11; Hagist/Raffelhüsch 2004a, S. 1 und S. 9; Hagist/Raffelhüsch 2004b, S. 185 und S. 194; Göppfarth/Henke 2006, S. 16f.

¹³³ So liegt laut BMG (2014, S. 2ff.) und GBE-Bund (2014) der Anteil an Mitversicherten bei den freiwilligen Mitgliedern bei rund 40% und der Anteil bei den Pflichtmitgliedern ohne Rentner bei nur rund 30%.

¹³⁴ Vgl. Knappe 2007, S. 18

zu leisten. Zudem wären auch für ihre Angehörigen Prämien zu zahlen. Deshalb würden schlechte Risiken statt die PKV die GKV wählen.¹³⁵ Eine Entscheidung, die für die PKV ausfällt, treffen eher einkommensstarke, gesunde, junge und/oder alleinstehende Personen. Für gute Risiken wäre die Wahl der GKV nicht zu ihrem Vorteil. Hier würden sie zu Gunsten der Solidargemeinschaft der GKV deutlich mehr Beiträge einzahlen, als für sie Leistungsausgaben anfallen. Zudem könnten sie dort nicht von der Familienversicherung profitieren. Dafür würden sie in der PKV Prämien ohne Risikozuschläge und womöglich weniger als in der GKV zahlen, womit für sie eine Privatversicherung attraktiv wäre.¹³⁶ Mit der PKV wird guten Risiken und allgemein Personen mit einem Wahlrecht die Option gegeben, sich nicht mit der GKV solidarisieren zu müssen.¹³⁷

Solidarische Verwerfungen als Folge der Risikoselektion

Entscheiden sich nun Personen freiwillig für die GKV, wird die dortige Solidargemeinschaft mit einer ohnehin schon schlechten Versichertenstruktur mit weiteren schlechten Risiken geschwächt. Wählen Personen die PKV, wird der GKV die guten Risiken entzogen, womit sie gleichzeitig einen finanziellen Schaden erleidet. Diese Versicherten fehlen der Solidargemeinschaft, die auf die positiven Deckungsbeiträge verzichten und ohne die Finanzkraft auskommen muss.¹³⁸ So werden in der GKV die schlechten Risiken, die entweder als Pflichtmitglieder zusammen mit den beitragsfreien Mitversicherten der Versicherungspflicht unterliegen oder sich als freiwillige Mitglieder versichern, mit der solidarischen Beitragsfinanzierung allein gelassen.¹³⁹ Untersuchungen zeigen, dass Versicherte der GKV im Vergleich zu denen der PKV im Durchschnitt ein niedrigeres Einkommen und ein höheres Krankheitsrisiko haben.¹⁴⁰ Diese Risikoentmischung der Bevölkerung als Folge der Risikoselektion verursacht im dualen Krankenversicherungssystem solidarische Verwerfungen zu Lasten der Solidargemeinschaft der GKV.¹⁴¹

¹³⁵ Vgl. Pfaff et al. 2003, S. 55f.; Greß 2010, S. 7

¹³⁶ Vgl. Walendzik 2009, S. 7 und S. 11; Greß 2010, S. 7

¹³⁷ Vgl. Jacobs 2004, S. 14f.

¹³⁸ Vgl. Jacobs 2003, S. 11; Weber 2006, S. 4; Augurzy et al. 2010, S. 9; Um die der GKV an die PKV verlorene Finanzkraft auszugleichen, könnte die PKV in einen Finanzausgleich mit der GKV einbezogen werden. (vgl. Weber 2006, S. 5)

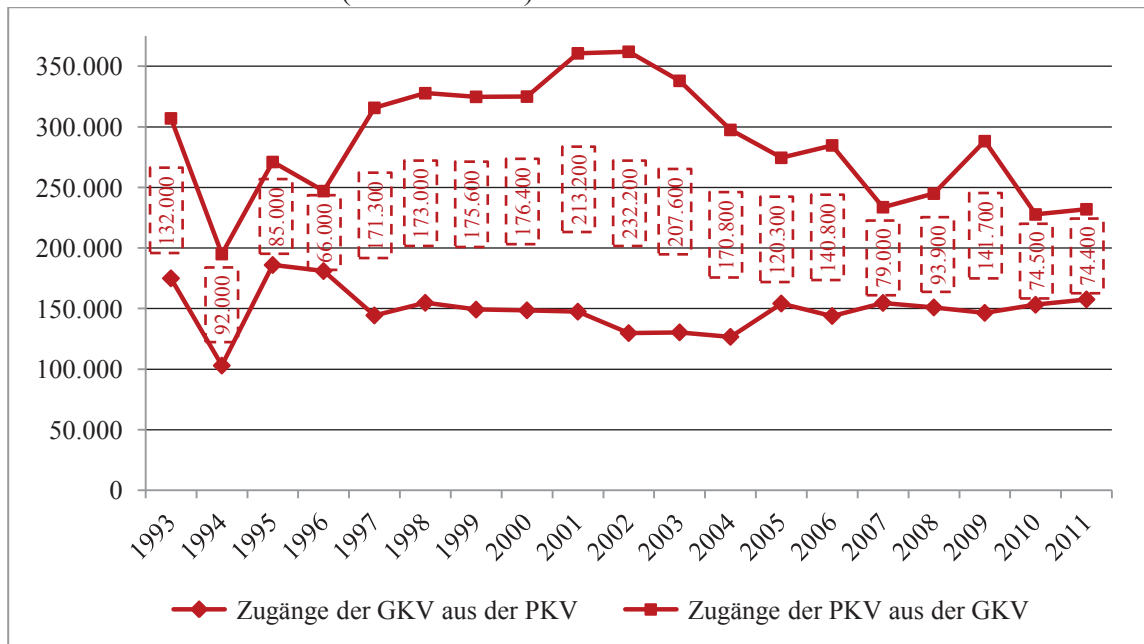
¹³⁹ Vgl. Knappe 2007, S. 18; Bormann/König 2009, S. 3; Augurzy et al. 2010, S. 9

¹⁴⁰ Vgl. Kriwy/Mielck 2006; Mielck/Helmert 2006

¹⁴¹ Vgl. Göppfarth/Henke 2006, S. 16f.; Walendzik 2009, S. 11; Greß 2009; Greß et al. 2009; Augurzy et al. 2010, S. 9

Ein Krankenversicherungssystem, in dem die guten Risiken statt sich in der GKV in der PKV versichern und damit die Versicherten der Solidargemeinschaft der GKV unter sich bleiben müssen, besitzt erhebliche Solidaritätsmängel.¹⁴² So kommt es als Folge der Risiko-selektion zu Umverteilungseffekten zu Lasten der GKV.¹⁴³ Da sich gute Risiken in der PKV versichern, entziehen sie sich dadurch der finanziellen Beteiligung an den solidari-schen Umverteilungen in der GKV. Somit nehmen sie dort unter anderem nicht am Ein-kommens- und Risikoausgleich teil, was zur Schwächung der Einkommens- und Risiko-solidarität führt.¹⁴⁴ Die Entsolidarisierung des dualen Krankenversicherungssystems zu Lasten der GKV ist anhand von Kennzahlen zu belegen und zeigt *Abbildung 10*. Darin ist die Anzahl der gewechselten Versicherten und der Versichertensaldo abgebildet.

Abbildung 10: Wechsler und der entsprechende Nettogewinn der PKV bzw. Nettoverlust der GKV an Versicherten (= rote Zahlen) von 1993 bis 2011



Quelle: eigene Abbildung; vgl. BMG 2013, S. 129; PKV 2003, S. 14; PKV 2013, S. 88; mit eigenen Berechnungen

Abbildung 10 zeigt, dass jedes Jahr mehr Zugänge die PKV aus der GKV erhält als die GKV aus der PKV. Es wechseln also mehr Versicherte von der GKV in die PKV als umgekehrt. Somit weist die PKV einen Nettogewinn und die GKV dementsprechend einen

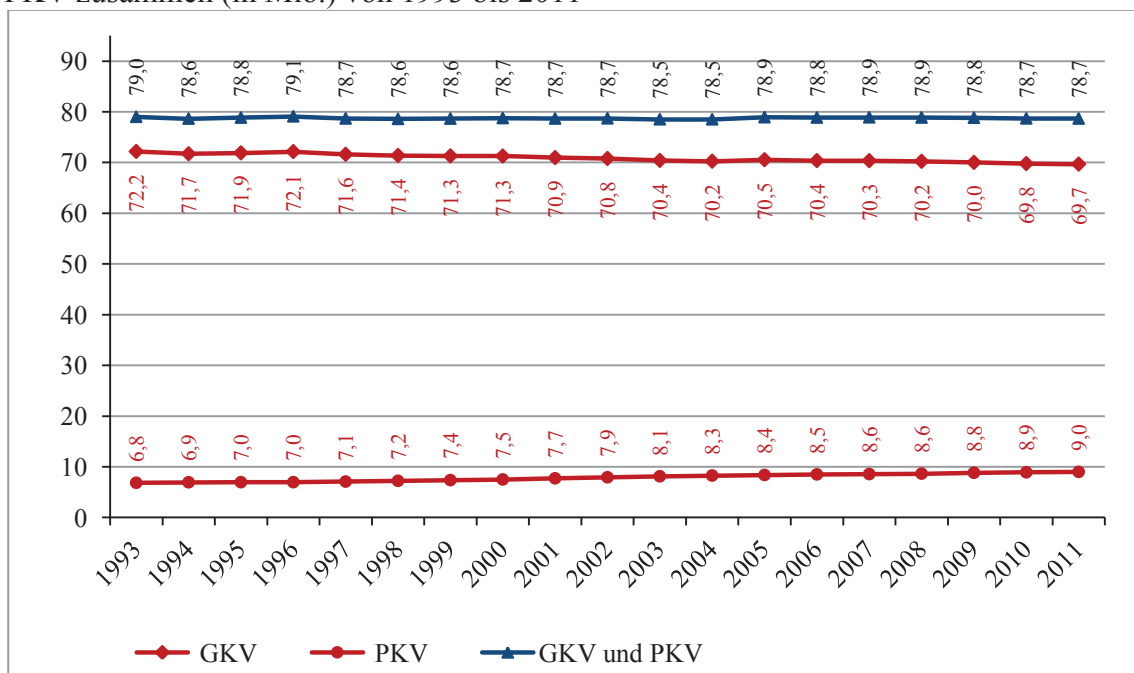
¹⁴² Vgl. Knappe 2007, S. 18

¹⁴³ Vgl. Pfaff et al. 2003, S. 55f.

¹⁴⁴ Vgl. Allinger 2006, S. 6; . Leiber/Zwiener 2006, S. 13f.; Greß 2009; Greß et al. 2009; Greß 2010, S. 7f. und S. 12; Walendzik 2009, S. 5f.; Horschel/Pimpertz 2010, S. 1f.

Nettoverlust an Versicherten auf. Der Saldo kann so interpretiert werden, dass eine größere Anzahl an guten Risiken in die PKV wechselt als schlechte Risiken in die GKV. Bei den Wechslern in die GKV handelt es sich unter anderem um Versicherte, deren Lebensumstände und/oder risikoäquivalente Prämien während der Versicherungszeit in der PKV sich derart verändert bzw. erhöht haben, dass eine weitergeführte Privatversicherung für sie beträchtliche finanzielle Belastungen bedeuten und somit nicht mehr tragfähig sein würde. Hingegen wechseln Versicherte in die PKV eher als gute Risiken. Sie werden als (junge) Neukunden von der PKV mit niedrigen Einstiegsprämien angelockt und relativ günstig versichert. So entzieht die PKV der Solidargemeinschaft der GKV die guten Risiken.¹⁴⁵ Ihre positiven Deckungsbeiträge fehlen der GKV, was die Solidargemeinschaft schwächt. Diese Entsolidarisierung des dualen Krankenversicherungssystems zu Lasten der GKV zeigt sich zudem in der Entwicklung der Zahl an Versicherten der GKV und PKV. *Abbildung 11* gibt darüber Aufschluss.

Abbildung 11: Entwicklung der Versichertenzahl der GKV, der PKV und von GKV und PKV zusammen (in Mio.) von 1993 bis 2011



Quelle: eigene Abbildung; vgl. BMG 2013, S. 124 und S. 128; PKV 2013, S. 16 und S. 89; mit eigenen Berechnungen

¹⁴⁵ Auch mit dem Basistarif, wonach Personen ohne höhere finanzielle Belastungen und Leistungsverluste in die PKV wechseln können, lockt die PKV gute Risiken der GKV an. Zugleich kann die PKV Risikoselektion durch das Ablehnen von Personen betreiben, was den Risikopool der GKV verschlechtert. (vgl. Hagist/Raffelhüschen 2004a, S. 9; Hagist/Raffelhüschen 2004b, S. 193f.)

Zunächst zeigt *Abbildung 11* eine relativ konstante Entwicklung der Summe an Versicherten aus GKV und PKV. Die Zahl schwankt von 1993 bis 2011 lediglich zwischen 78,5 und 79,1 Mio. Versicherten. Dagegen entwickeln sich die Zahl an Versicherten der GKV und die der PKV in gegensätzliche Richtungen. Bei einer relativ konstanten Versichertenzahl aus GKV und PKV steigt die Zahl an Versicherten der PKV stetig von 6,8 auf 9,0 Mio. Zugleich sinkt die Zahl an Versicherten der GKV kontinuierlich von 72,2 auf 69,7 Mio. Da unter anderem die Einkommen sich spreizen und immer mehr abhängig Beschäftigte ein Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze beziehen, erweitert sich das Geschäftsfeld der PKV. Indem, wie in *Abbildung 11* zu sehen ist, mehr Personen und hierbei eher gute Risiken die Option nutzen, in die PKV zu wechseln, vergrößert sich ihr Marktanteil. Gleichzeitig bedeutet dies aber für die Solidargemeinschaft der GKV einen erheblichen Verlust an guten Risiken und positiven Deckungsbeiträgen.¹⁴⁶

Unfairer Wettbewerb zwischen GKV und PKV

Der Grund für die Entsolidarisierung des dualen Krankenversicherungssystems zu Lasten der GKV liegt neben der Risikoselektion auch am unfairen Systemwettbewerb. Zunächst kann festgestellt werden, dass GKV und PKV um einen kleinen Personenkreis im Wettbewerb stehen. Dies bedeutet, dass der Systemwettbewerb personell eingeschränkt und unvollkommen ist.¹⁴⁷ Daher wird der „Systemwettbewerb“ als Bezeichnung für die Dualität von GKV und PKV in Frage gestellt.¹⁴⁸ Zudem führen GKV und PKV den vermeintlichen und gelegentlich als positiv suggerierten und produktiven Systemwettbewerb unter ungleichen Rahmenbedingungen.¹⁴⁹ So steht die Solidargemeinschaft der GKV in unfairer Konkurrenz mit der PKV ohne Solidaranteile und mit risikoäquivalenten Prämien.¹⁵⁰ Damit gibt es einen verzerrten und nicht funktionsfähigen Systemwettbewerb um einen

¹⁴⁶ Vgl. Sauerland 2004, S. 225; Simon 2013, S. 143; Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 132

¹⁴⁷ Für Weber (2006, S. 4f.) gibt es dann einen vollkommenen Systemwettbewerb, wenn jede Person zu jeder Zeit sich frei für die GKV oder PKV entscheiden kann. Es gibt aber nachvollziehbare Gründe gegen eine uneingeschränkte Wahlfreiheit. Zum einen würde die Gefahr von „Vorteils-Hopping“ (= Ausnutzung der Solidargemeinschaft der GKV von Personen in schlechten Lebenslagen) bestehen. Zum anderen bedürfen bestimmte Personen des sozialen Krankenversicherungsschutzes der GKV. Zugleich gibt es Versicherte der PKV, wie kleine Selbstständige, die schutzbedürftig sind. Eine geringe oder keine Schutzbedürftigkeit, wie Personen mit einem Einkommen ab einer bestimmten Höhe (vgl. Hagist/Raffelhüschchen 2004a, S. 10; Hagist/Raffelhüschchen 2004b, S. 194) kann maximal ein (Zwangs-)Austritt aus der GKV begründen, aber kein Wahlrecht zwischen GKV und PKV. (vgl. SVR-G 2003 zit. in: Walendzik 2009, S. 11)

¹⁴⁸ Vgl. Göppfarth/Henke 2006, S. 16f.

¹⁴⁹ Vgl. Henke 2002, S. 11; Jacobs 2003, S. 18; Walendzik 2009, S. 11

¹⁵⁰ Vgl. Walendzik 2009, S. 11

kleinen Teil der Bevölkerung. Hierbei hat die GKV gegenüber der PKV Wettbewerbsnachteile um die guten Risiken, was zu Lasten der GKV und ihrer Solidargemeinschaft geht.¹⁵¹

Das duale Krankenversicherungssystem ist zwar historisch gewachsen,¹⁵² doch aus den zuvor genannten Argumenten rational nicht mehr zu rechtfertigen.¹⁵³ Die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes und die künstliche Trennung von GKV und PKV sind aus ökonomischen und sozialen Gründen nicht sinnvoll; nicht nach der Einkommenshöhe und auch nicht nach dem Erwerbsstatus.¹⁵⁴ Jacobs nennt die Trennung eine „*offene Flanke*“¹⁵⁵ zwischen GKV und PKV.

¹⁵¹ Vgl. Henke 2002, S. 11; Pfaff et al. 2005, S. 25f.; Walendzik 2009, S. 11; Greß 2010, S. 7

¹⁵² Im Jahr 1971 wurde die „Friedensgrenze“ zwischen GKV und PKV als Besonderheit des deutschen Krankenversicherungssystems eingeführt. (vgl. Henke 2002, S. 11)

¹⁵³ Vgl. Henke 2004a, S. 26; Walendzik 2009, S. 11; Greß/Rothgang 2010, S. 9; Richter 2010a, S. 15; Richter 2010b, S. 15; Roppel/Roppel 2011, S. 20

¹⁵⁴ Vgl. Henke 2002, S. 11; Henke 2004a, S. 26; Jacobs 2006, S. 7; Augurzky et al. 2010, S. 9; Bormann et al. 2013, S. 3; Pimpertz 2013, S. 10

¹⁵⁵ Jacobs 2006, S. 7

3. Die Bürgerversicherung als Reformoption

Vor dem Hintergrund der im *Abschnitt 2.2* beschriebenen Reformbedarfe wird in Politik und Wissenschaft seit vielen Jahren diskutiert, welche Reformoption die jeweiligen Probleme des dualen Krankenversicherungssystems lösen kann. In der Diskussion geht es vor allem um eine Bürgerversicherung. Bevor die Vereinheitlichung des dualen Krankenversicherungssystems in *Abschnitt 3.3* einer kritischen Überprüfung unterzogen wird, wird zuvor in *Abschnitt 3.1* das Wort „Bürgerversicherung“ zu anderen Begriffen abgegrenzt und sowohl begrifflich als auch definitorisch geklärt. *Abschnitt 3.2* stellt anschließend die aktuell wichtigsten Bürgerversicherungsmodelle vor.

3.1 Begriff der Bürgerversicherung

Die Diskussion rund um die Reform des dualen Krankenversicherungssystems wird laut Simon seit Mitte der 1990er Jahre geführt. Für den Beginn der Diskussion sorgten die Arbeiten von Jacobs et al. (1996) und Pfaff et al. (1996).¹⁵⁶ Überwiegend wird jedoch als Diskussionsbeginn und zugleich als Startschuss für den Begriff Bürgerversicherung die Veröffentlichung des Berichtes der Rürup-Kommission im Jahr 2003 angesehen.¹⁵⁷ Darin wurden zwei Reformoptionen entwickelt: das Modell der pauschalen Gesundheitsprämien, auch als Kopfprämien und Kopfpauschalen genannt, und das Modell der Bürgerversicherung. Vor allem die Begriffe Kopfpauschalen und Bürgerversicherung prägen bis heute die Diskussion.¹⁵⁸ Beide stehen für eine Veränderung des sowohl des damals als auch heute bestehenden Status Quo. Die Kopfpauschalen besitzen als Hauptmerkmal die Beitragserhebung in der GKV umzugestalten. Demgegenüber umfasst eine Bürgerversicherung nicht nur eine auf die GKV gerichtete Reformierung, sondern eine komplette Umgestaltung des dualen Krankenversicherungssystems. Zur Abgrenzung des Begriffs

¹⁵⁶ Vgl. Simon 2013, S. 116

¹⁵⁷ In die Diskussion kam der Begriff Bürgerversicherung laut Butterwegge (2004a, S. 208; 2004b, S. 81; 2005a, S. 50f.; 2005b, S. 50f.) schon im Jahr 2002 mit dem Grundsatzprogramm der B'90/Grünen. Danach waren sie die „geistige[n] Urheber und Wegbereiter“ des Begriffs. Die B'90/Grünen (2010a, S. 15; 2011, S. 19) haben nach eigener Aussage als erster unter dem Begriff Merkmale zu einem Modell gebündelt und sehen die Bürgerversicherung daher als „grünes Kind“.

¹⁵⁸ Nach Distelkamp et al. (2005, S. 4) hat den politischen Prozess der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR-W 2002, S. 282ff.) mit der darin enthaltenen Diskussion um die beiden Reformalternativen Bürgerversicherung und Kopfpauschalen ausgelöst.

Bürgerversicherung werden die Reformparameter „Art der Beitragsgestaltung“ (Wovon hängt die Beitragshöhe ab?) und „Versichertenkreis“ (Wer gehört zu den Versicherten?) kombiniert.¹⁵⁹ Anhand dieser zwei Parameter werden in *Tabelle 2* die daraus entstehenden Kombinationen aufgezeigt.

Tabelle 2: unterschiedliche Kombinationsmöglichkeiten aus den beiden Reformparametern „Art der Beitragsgestaltung“ und „Versichertenkreis“

| Versichertenkreis/ Art der Beitragsgestaltung | Arbeitnehmer (Status Quo der GKV) | alle Bürger (Einheitssystem) - Bürgerversicherung im engeren Sinne - |
|---|--|--|
| pauschale Beiträge (veränderte Beitragserhebung) - Kopfpauschale - | pauschale Arbeitnehmersversicherung | pauschale Bürgerversicherung - Bürgerpauschale - |
| einkommensabhängige Beiträge (erweiterte Beitragsgrundlage) | einkommensabhängige Arbeitnehmersversicherung | einkommensabhängige Bürgerversicherung - Bürgerversicherung im weiteren Sinne - |
| lohnabhängige Beiträge (Status Quo der GKV) | lohnabhängige Arbeitnehmersversicherung - Status Quo der GKV - | lohnabhängige Bürgerversicherung |
| risikoabhängige Beiträge (veränderte Beitragserhebung) | risikoabhängige Arbeitnehmersversicherung | risikoabhängige Bürgerversicherung |

Quelle: eigene Tabelle; vgl. Gerken/Raddatz 2003, S. 5; Anonym 2003, S. 8; Fetzer/Hagist 2004a, S. 18; Fetzer/Hagist 2004b, S. 406; mit eigenen Ergänzungen

Aus der Matrix in *Tabelle 2* ist zu entnehmen, dass aus den zwei Reformparametern eine Vielzahl an Kombinationen entsteht. Zur Abgrenzung der Bürgerversicherung zu anderen Begrifflichkeiten dient als Ausgangspunkt die derzeit in der GKV bestehende lohnabhängige Arbeitnehmersversicherung. Hier sind neben anderen versicherungs- und beitragspflichtigen Personengruppen Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt unterhalb der Versicherungspflichtgrenze versichert, die lohnabhängige Beiträge zahlen. Daneben gibt es die lediglich noch bis 2014 bestehenden und zurzeit nicht eingeführten pauschalen Zusatzbeiträge. Sie stellen die von der Rürup-Kommission vorgeschlagenen Kopfpauschalen dar. Bei einer (rein) über Kopfpauschalen finanzierten GKV handelt es sich um eine pauscha-

¹⁵⁹ Diese beiden Reformparameter verwenden neben Gerken und Raddatz (2003, S. 5) auch Pfaff et al. (2005, S. 5). Einen Bauplan für Finanzierungsmodelle liefern Henke et al. (2007, S. 4ff.).

le Arbeitnehmersversicherung¹⁶⁰. Würde die derzeitige Beitragsgrundlage auf weitere Einkommensarten verbreitert werden, hätte sich die GKV von einer lohn- zu einer einkommensabhängigen Arbeitnehmersversicherung¹⁶¹ entwickelt. Mit einer Änderung der Beitragserhebung in Richtung risikoäquivalenter Beiträge würde es sich um eine risikoabhängige Arbeitnehmersversicherung handeln.

Im Vergleich zum dualen Krankenversicherungssystem mit der lohnabhängigen Arbeitnehmersversicherung der GKV kann unter dem Begriff Bürgerversicherung primär ein einheitliches Krankenversicherungssystem¹⁶² verstanden werden.¹⁶³ In diesem Einheitssystem wären alle Bürger in Deutschland, sowohl Personen in der GKV und PKV als auch anderweitig und nicht krankenversicherte Personen, versichert. Danach bezieht sich der Begriff Bürgerversicherung im engeren Sinne auf eine Systemvereinheitlichung.¹⁶⁴ Würde das derzeitige duale Krankenversicherungssystem zu einer GKV vereinheitlicht werden, handelt es sich um eine lohnabhängige Bürgerversicherung. Hingegen besteht eine Bürgerversicherung im weiteren Sinne nicht nur aus einer, sondern aus zwei Veränderungen gegenüber dem Status Quo. Neben einer Einbeziehung aller Bürger in ein einheitliches Krankenversicherungssystem gehört die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage beispielsweise über eine Verbeitragung weiterer Einkommensarten oder über eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze.¹⁶⁵ Die GKV würde sich dann zu einer einkommensabhängigen Bürgerversicherung verändern. Solch eine Bürgerversicherung wurde von der Rürup-Kommission als Gegenvorschlag zur Kopfpauschale gemacht. Finanziert sich das Einheitssystem hingegen über pauschale Beiträge, kann von einer pauschalen Bürgerversicherung¹⁶⁶ gesprochen werden. Dazu finden häufig die Begriffe Bürgerprämie und Bürgerpauschale Verwendung. Gäbe es in dem Einheitssystem wie auch

¹⁶⁰ Eine über Kopfpauschalen finanzierte GKV schlagen Neubauer (2011) und Drabinski (2013) vor.

¹⁶¹ Eine über eine breitere Beitragsbemessungsgrundlage finanzierte GKV wurde damals von der Herzog-Kommission (2003) als Vorstufe vorgeschlagen.

¹⁶² Für Botsch (2009, S. 1 und S. 4) „fusionieren“ bei einer Bürgerversicherung GKV und PKV zu einem „universellen Krankenversicherungssystem“.

¹⁶³ Nach dem Namen her kann sich der Begriff Bürgerversicherung auch nur auf eine allgemeine Krankenversicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung, wie sie derzeit hierzulande gesetzlich verankert ist, beziehen. (vgl. Sauerland 2005, S. 16)

¹⁶⁴ Vgl. Pfaff et al. 2005, S. 12f.

¹⁶⁵ Vgl. Pfaff et al. 2005, S. 13; Roppel/Roppel 2011, S. 20

¹⁶⁶ Ein über Kopfpauschalen finanziertes Einheitssystem wurde und wird weiterhin vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR-W 2013) vorgeschlagen.

in der PKV risikoäquivalente Beiträge, gleicht dies einer risikoabhängigen Bürgerversicherung¹⁶⁷.

Hiermit wurde der Begriff Bürgerversicherung ausdifferenziert und zu anderen Begrifflichkeiten abgegrenzt. Grundlegendes Merkmal der Bürgerversicherung ist das einheitliche Krankenversicherungssystem, indem alle Bürger einbezogen sind.¹⁶⁸ Es gibt einige Merkmale, die unter dem Begriff subsumiert werden können. Zu den konstituierenden Merkmalen gehören neben der Einbeziehung aller Bürger in ein Einheitssystem die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage auf weitere Einkommensarten und die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze.¹⁶⁹ Für Schäfer und Blank zählen sie zu den „üblichen Verdächtigen“¹⁷⁰ einer Bürgerversicherung. Danach haben alle Modelle der Bürgerversicherung gemeinsam, dass sie die „Logik der Finanzierung“¹⁷¹ beibehalten. Eine Definition des Begriffs Bürgerversicherung ist in der Literatur nicht vorhanden.¹⁷² Um in dieser Arbeit dem nachzukommen, wird hier eine eigene Definition vorgebracht: „Unter einer Bürgerversicherung ist ein einheitliches Krankenversicherungssystem zu verstehen, in dem alle Bürger unter den Rahmenbedingungen der derzeitigen GKV einbezogen sind und die beitragspflichtigen Versicherten sich mit sämtlichen Einkünften und damit unter Beachtung der gesamten ökonomischen Leistungsfähigkeit solidarisch an der Finanzierung beteiligen.“

¹⁶⁷ Ein über risikoäquivalente Beiträge finanziertes Einheitssystem wurde von der FDP (2004) und von Eekhoff et al. (2005; 2008a; 2008b; 2009) vorgeschlagen. In dem Wahlprogramm der FDP (2013) für die Bundestagswahl 2013 finden sich keine Hinweise eines klaren Bekenntnisses für ein solch finanziertes Einheitssystem.

¹⁶⁸ Vgl. Henke et al. 2007, S. 8

¹⁶⁹ Nach Jacobs (2003, S. 8) besitzen die Modelle „unterschiedliche Paketlösungen“.

¹⁷⁰ Schäfer/Blank 2011; Für Henke et al. (2007, S. 8) gibt es ein Grundmodell mit wenigen Variationen.

¹⁷¹ Sauerland 2005, S. 16

¹⁷² In Jacobs (2003, S. 7f., S. 10 und S. 12) können drei Textpassagen als Definitionen des Begriffs Bürgerversicherung betrachtet werden, ohne dass der Autor dies als Definitionen deklariert. Eine Textpassage ist die Folgende: „Die Grundidee der Bürgerversicherung liegt insbesondere darin, alle Bürger mit allen Einkommen in die solidarische Finanzierung der Gesundheitsversorgung einzubeziehen und innerhalb eines einheitlichen Versicherungssystems einen lebhaften Wettbewerb aller Versicherer um bestmögliche Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Interesse der Versicherten zu ermöglichen.“

3.2 Modelle der Bürgerversicherung

Zur Realisierung einer einkommensabhängigen Bürgerversicherung wurden in der Vergangenheit von Politik und Wissenschaft unterschiedliche Ausgestaltungsvarianten in die Diskussion gebracht. Im Folgenden werden fünf Modelle, die zuletzt vorgeschlagen wurden, vorgestellt.

3.2.1 Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)

Die SPD plädiert mit ihrem Modell einer Bürgerversicherung für eine Vereinheitlichung des dualen Krankenversicherungssystems und damit für eine Aufhebung der Trennung von GKV und PKV. In dem einheitlichen Krankenversicherungssystem werden langfristig alle Bürger einbezogen und unter einheitlichen, solidarischen Rahmenbedingungen gesetzlich versichert. Hiermit soll die soziale Absicherung im Krankheitsfall nicht mehr mit dem Erwerbs-, sondern allein mit dem Bürgerstatus verknüpft sein. Die Einbeziehung aller Bürger im Bürgerversicherungsmodell der SPD soll die Voraussetzung dafür sein, dass die soziale Absicherung umfassend bestehen kann.¹⁷³

Nach dem Modell der SPD werden bei Einführung des Einheitssystems automatisch alle Versicherten der GKV und im Laufe der Zeit alle neu zu versichernden Personen in die Bürgerversicherung einbezogen. Für die derzeit in der PKV Versicherten wird Vertrauensschutz gewährleistet. Die Privatversicherten brauchen damit ihre Privatversicherung mit ihren aufgebauten Alterungsrückstellungen nicht beenden. Sie erhalten ab Einführung des Einheitssystems ein Jahr die Option, die PKV zu verlassen und in die Bürgerversicherung zu wechseln. Hierbei sollen die Alterungsrückstellungen im Rahmen des Verfassungsrechts mitgenommen werden können. Langfristig würden dann alle Bürger im Einheitssystem versichert sein.¹⁷⁴

Anbieter in der Bürgerversicherung können sowohl die gesetzlichen Krankenkassen als auch die privaten Krankenversicherer sein. Das Ziel ist ein fairer Anbieterwettbewerb in einem einheitlichen Krankenversicherungsmarkt mit einem einheitlichen Wettbewerbs-

¹⁷³ Vgl. SPD 2011a, S. 1 und S. 3; SPD 2011b, S. 1; . SPD 2011c, S. 1; SPD 2011d, S. 2, S. 13 und S. 17f.; SPD 2013, S. 73

¹⁷⁴ Vgl. SPD 2011a, S. 2; SPD 2011c, S. 2; SPD 2011d, S. 14f.; SPD 2013, S. 73

rahmen. Darin sollen für alle Anbieter die gleichen Wettbewerbsbedingungen gelten. Alle unterliegen einem Kontrahierungszwang und müssen wie schon heute in der GKV alle aufnahmewilligen Personen versichern. Die Anbieter müssen für alle Personen frei offen stehen, wonach Personen sich für einen der Anbieter entscheiden können. Die gegliederte, öffentlich-rechtliche Krankenkassenstruktur der GKV mit ihrer Selbstverwaltung bleibt bestehen.¹⁷⁵

Die Finanzierung der Bürgerversicherung basiert auf drei Säulen: dem Bürgerbeitrag, Arbeitgeberbeitrag und Steuerbeitrag. Der in der GKV bestehende Arbeitnehmerbeitrag wird zu einem Bürgerbeitrag weiterentwickelt. Dieser wird prozentual auf Einkommen aus selbstständiger und unselbstständiger Arbeit erhoben und von den bürgerversicherten Arbeitnehmern gezahlt. Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) soll in Bezug auf den Bürgerbeitrag wie bereits in der GKV jährlich ansteigen. Damit sollen Anbieterinsolvenzen verhindert und der Versorgungswettbewerb gefördert werden. Um auf lange Sicht stabile Einnahmen ermöglichen, Kosten decken und die Gerechtigkeit der Finanzierung erhöhen zu können, sollen neben der Einbeziehung aller Bürger alle Einkommensarten zur Verbeitragung herangezogen werden.¹⁷⁶

Zudem basiert die Finanzierung der Bürgerversicherung auf dem Arbeitgeberbeitrag. Für den Arbeitgeberbeitrag entfällt die BBG. Damit wird der Arbeitgeberbeitrag prozentual auf den gesamten Lohn der bürgerversicherten Arbeitnehmer erhoben. Die Arbeitgeber führen die Arbeitgeberbeiträge direkt an den Gesundheitsfonds ab. Danach verteilt der Gesundheitsfonds, deren Ausgaben zu 100% gedeckt sein sollen, die Arbeitgeberbeiträge entsprechend des auf alle klinischen Diagnosen ausgeweiteten Morbi-RSA an die Anbieter weiter.¹⁷⁷

Da der derzeit bestehende Sonderbeitragssatz von 0,9% entfällt, beteiligen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu gleichen Teilen an der Beitragsfinanzierung. Die Beitragsparität soll dafür sorgen, dass es zu einer gerechten Verteilung der Ausgaben kommt. Der Zusatzbeitrag wird ebenso abgeschafft. Den Bürger- und Arbeitgeberbeitrag zahlen alle bei-

¹⁷⁵ Vgl. SPD 2011a, S. 2; SPD 2011b, S. 2f.; SPD 2011c, S. 1f.; SPD 2011d, S. 14 und S. 16f.; SPD 2013, S. 73

¹⁷⁶ Vgl. SPD 2011a, S. 2; SPD 2011b, S. 2; SPD 2011c, S. 1 und S. 3f.; SPD 2011d, S. 15

¹⁷⁷ Vgl. SPD 2011a, S. 2; SPD 2011b, S. 1ff.; SPD 2011c, S. 1ff.; SPD 2011d, S. 15f.; SPD 2013, S. 73

tragspflichtigen Versicherten. Die beitragsfreie Familienversicherung bleibt dabei bestehen. Den Beitragssatz des Bürger- und Arbeitgeberbeitrags können die Anbieter zur Wettbewerbsstärkung selbst festlegen. Dieser gilt für jeden beitragspflichtigen Versicherten eines Anbieters. Durch die eigenständige Beitragssatzfestlegung sollen die Anbieter ihre Beitragsautonomie zurückerhalten.¹⁷⁸

Neben dem Bürger- und Arbeitgeberbeitrag wird die Bürgerversicherung über einen Steuerbeitrag finanziert. Dieser stellt den bestehenden steuerfinanzierten Bundeszuschuss in der GKV dar. Um die Nachhaltigkeit in der Finanzierung erhöhen und den zukünftigen Ausgabensteigerungen begegnen zu können, wird dieser dynamisiert und stetig ansteigen, ohne die Versicherten zusätzlich zu belasten. Zur Quersubventionierung wird die Steuer auf Kapitalerträge, die Zinsabgeltungssteuer, erhöht. Mit dem Steuerbeitrag soll erreicht werden, dass weitere Einkommensarten zur Finanzierung der Bürgerversicherung herangezogen werden, die Beitragsbelastung in einem vertretbaren Rahmen liegt und die Finanzierung nachhaltig stabilisiert wird.¹⁷⁹

Das Modell der SPD hat neben der Bürgerversicherung als einheitliches Versicherungssystem auch ein einheitliches Versorgungssystem für alle Bürger zum Ziel. Als Grundlage dient der Leistungskatalog der GKV, der weiterentwickelt wird. Eine einheitliche Honorarordnung mit einheitlichen Versorgungsbedingungen soll eingeführt werden, die für die Versicherten der Bürgerversicherung und für Bestandsversicherte der PKV gilt. Durch die Statusneutralität der Versicherten gegenüber den Leistungserbringern sollen alle Bürger gleich gut medizinisch versorgt werden und am medizinischen Fortschritt teilhaben, Privilegien für Privatversicherte und Diskriminierungen für gesetzlich Versicherte abgeschafft und so die Zwei-Klassen-Medizin beendet werden. Eine bevorzugte Behandlung soll nicht vom Patientenstatus, sondern vom Schweregrad der Erkrankung abhängig sein. Zudem soll mit der einheitlichen Vergütungsordnung die Honorarverteilung zwischen den Ärzten gerechter und Fehlanreize bezüglich einer flächendeckenden Versorgung und einer bedarfsgerechten Ansiedlung von Haus- und Fachärzten beseitigt

¹⁷⁸ Vgl. SPD 2011a, S. 2; SPD 2011b, S. 1ff.; SPD 2011c, S. 1ff.; SPD 2011d, S. 15f.; SPD 2013, S. 73

¹⁷⁹ Vgl. SPD 2011b, S. 1f.; SPD 2011c, S. 1 und S. 3; SPD 2011d, S. 16; SPD 2013, S. 73

werden. Die Vergütung von ambulanten Ärzten wird so geregelt, dass sie durchschnittlich keine Einnahmeverluste zu erleiden haben.¹⁸⁰

Nach eigenen Angaben ist das Modell der Bürgerversicherung der SPD umsetzbar. Dabei besteht das Ziel, im Krankenversicherungssystem bestehende Ungerechtigkeiten zu beseitigen, die Solidarität wieder herzustellen und die Beitragsgerechtigkeit zu erhöhen. Die Ausgaben des einheitlichen Krankenversicherungssystems sollen solidarisch finanziert werden, wobei kein Bürger überfordert werden soll. Zur Stärkung einer langfristig nachhaltigen Finanzierung wäre mit der Einführung einer Bürgerversicherung kurzfristig eine Senkung des momentanen Beitragssatzes in der GKV von 0,4 bis 0,6%-Punkte möglich. Die gerechtere und nachhaltigere Finanzierung des Krankenversicherungssystems soll eine gute Versorgungsqualität für alle Bürger ermöglichen. Jeder soll einen solidarischen Krankenversicherungsschutz erhalten. Das Recht aller Bürger gleich gut behandelt zu werden, soll mit dem Modell der Bürgerversicherung der SPD gewährleistet sein. Das Modell steht nach eigenen Angaben für ein modernes, leistungsfähiges, gerechtes und nachhaltiges Krankenversicherungssystem.¹⁸¹

3.2.2 BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Wie die SPD plädieren auch die B'90/GRÜNEN mit ihrem Modell der „grünen Bürgerversicherung“ für ein einheitliches Krankenversicherungssystem. Darin sollen langfristig ebenso alle Bürger einbezogen werden. Dazu gehören neben den GKV-Versicherten die Privatversicherten. Ihre in der PKV erworbenen und verfassungsrechtlich geschützten Leistungsansprüche würden ihnen erhalten bleiben und über Zusatzversicherungen gewährleistet. Hier sollen Übergangsregelungen gefunden werden. Um die Solidaritätslücken im Krankenversicherungssystem schnell schließen zu können, sieht das Bürgerversicherungsmodell der B'90/GRÜNEN eine rasche Einbeziehung aller Bürger vor.¹⁸²

Auch nach dem Modell der B'90/GRÜNEN können Anbieter der Bürgerversicherung sowohl gesetzliche Krankenkassen als auch private Krankenversicherer sein. Dabei sind

¹⁸⁰ Vgl. SPD 2011a, S. 2; SPD 2011b, S. 1 und S. 3; SPD 2011c, S. 1 und S. 4f.; SPD 2011d, S. 2ff. und S. 17; SPD 2013, S. 73

¹⁸¹ Vgl. SPD 2011b, S. 1ff.; SPD 2011c, S. 4; SPD 2011d, S. 2 und S. 13f.

¹⁸² Vgl. B'90/Grüne 2009, S. 1f.; B'90/Grüne 2010a, S. 12f.; B'90/Grüne 2010b; B'90/Grüne 2011, S. 8; B'90/Grüne 2013a, S. 122

unterschiedliche Rechtsformen erlaubt. Damit der Anbieterwettbewerb fair sein kann, gelten für alle Anbieter die gleichen solidarischen Rahmenbedingungen. Alle unterliegen einem Kontrahierungszwang. Sie müssen jeden Bürger, der sich versichern möchte, aufnehmen. Demgegenüber haben alle Bürger freie Anbieterwahl. Der Anbieterwettbewerb soll den Wettbewerb um eine höhere Qualität und Wirtschaftlichkeit stärken. Dieser soll jedoch nicht über den Parameter des Beitragssatzes, sondern hauptsächlich über den Parameter der Qualität ausgetragen werden.¹⁸³

An der Finanzierung der Bürgerversicherung werden die beitragspflichtigen Bürgerversicherten beteiligt. Die beitragsfreie Familienversicherung wird hier im Vergleich zum Modell der SPD anderweitig ausgestaltet. Kinder werden weiterhin beitragsfrei mitversichert. Eine zeitlich begrenzte beitragsfreie Mitversicherung soll es für nicht erwerbstätige Familienangehörige geben, die Kinder erziehen oder Pflegeleistungen für Angehörige erbringen. Alle anderen Ehepaare und registrierten Lebensgemeinschaften beteiligen sich an der Beitragsfinanzierung anhand eines Beitragssplittings. Damit sollen nicht mehr alleinverdienende Ehepaare bevorzugt und negative Erwerbsanreize für Ehepartner beseitigt werden.¹⁸⁴

Die Finanzierung der Bürgerversicherung soll wie beim Modell der SPD über einkommensabhängige Beiträge (zusammen mit einem wie derzeit bestehenden steuerfinanzierten Bundeszuschuss) erfolgen. Beiträge auf Einkommen aus abhängiger Beschäftigung werden jeweils zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gezahlt. Somit wird die paritätische Beitragsfinanzierung hergestellt. Der Sonderbeitragssatz von 0,9% wird wie auch der Zusatzbeitrag abgeschafft. Um den Anbietern die Beitragsautonomie zurück zu geben, legen sie die Höhe des Beitragssatzes selbstständig fest. Damit entfällt der einheitliche Beitragssatz in der GKV. Die unterschiedlich hohen Beitragssätze sollen einen Beitragssatzwettbewerb herbeiführen. Dieser soll den Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit stärken.¹⁸⁵

¹⁸³ Vgl. B'90/Grüne 2009, S. 2f.; B'90/Grüne 2010a, S. 15; B'90/Grüne 2010b; B'90/Grüne 2011, S. 16; B'90/Grüne 2013a, S. 123

¹⁸⁴ Vgl. B'90/Grüne 2009, S. 2; B'90/Grüne 2010a, S. 14; B'90/Grüne 2010b; B'90/Grüne 2011, S. 15; B'90/Grüne 2013a, S. 123; B'90/Grüne 2013b

¹⁸⁵ Vgl. B'90/Grüne 2009, S. 2; B'90/Grüne 2010a, S. 13ff.; B'90/Grüne 2010b; B'90/Grüne 2011, S. 12f.; B'90/Grüne 2013a, S. 122f.; B'90/Grüne 2013b

Wie auch im Modell der SPD wird hier die Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten erweitert. Alle Einkommensarten werden zur Verbeitragung herangezogen und gleich behandelt. Um Versicherte mit kleinen und mittleren Einkommen nicht zu belasten, werden für zusätzliche Einkommensarten, wie Kapitalerträge, Freigrenzen mit Freibeträgen eingeführt. Mit einer breiteren Beitragsbasis soll die Finanzierung beschäftigungsfreundlicher, gerechter und nachhaltiger werden. Die Verbreiterung soll auf lange Sicht zu einer soliden Finanzierung mit stabilen Beiträgen führen und derzeitige Solidari-tätslücken schließen. Entstehende finanzielle Spielräume sollen zur Senkung des Bei-tragssatzes verwendet werden.¹⁸⁶

Die dazugehörige BBG wird auf das Niveau der in der Rentenversicherung angehoben. So sollen Versicherte mit kleinen und mittleren Einkommen finanziell nicht belastet wer-den. Dagegen sollen Versicherte mit hohen Einkommen stärker als bisher beteiligt wer-den, ohne sie zu überlasten. Auch sollen durch die Anhebung der BBG die Beitragsge-rechtigkeit erhöht, Beitragssatzsenkungen ermöglicht und die Finanzierung zukunftsfester gemacht werden. Die BBG soll wie bisher in der GKV jährlich fortgeschrieben wer-den.¹⁸⁷

Wohin die einkommensabhängigen und bis zur BBG erhobenen Beiträge fließen und ob der Gesundheitsfonds weiterhin als Verteilungsstelle dient, wird nicht erwähnt. Dass der Gesundheitsfonds bestehen bleibt, kann durchaus angenommen werden. Die im Morbi-RSA willkürlich festgelegte und begrenzte Anzahl an zu berücksichtigende Krankheiten wird aufgehoben. Mit dem Morbi-RSA sollen Fehlanreize bezüglich der Prävention abge-stellt, Risikoselektion verhindert und die Manipulationsgefahr gesenkt werden. Am Mor-bi-RSA müssen alle Anbieter teilnehmen.¹⁸⁸

Wie auch beim Modell der SPD hat das Modell der B'90/GRÜNEN nicht nur ein einheit-liches Versicherungssystem, sondern auch ein einheitliches Versorgungssystem für alle Bürger zum Ziel. Auch hier soll eine gemeinsame Honorarordnung gelten. Die höheren

¹⁸⁶ Vgl. B'90/Grüne 2009, S. 2f.; B'90/Grüne 2010a, S. 12f.; B'90/Grüne 2010b; B'90/Grüne 2011, S. 9f.; B'90/Grüne 2013a, S. 122; B'90/Grüne 2013b

¹⁸⁷ Vgl. B'90/Grüne 2009, S. 2; B'90/Grüne 2010a, S. 13; B'90/Grüne 2010b; B'90/Grüne 2011, S. 12; B'90/Grüne 2013a, S. 123; B'90/Grüne 2013b

¹⁸⁸ Vgl. B'90/Grüne 2009, S. 2; B'90/Grüne 2010b; B'90/Grüne 2011, S. 16; B'90/Grüne 2013a, S. 123

Honorare in der PKV sollen erhalten bleiben und gerechter verteilt werden. Der Leistungskatalog der GKV bleibt bestehen und gilt für alle Anbieter und Bürger.¹⁸⁹

Das Bürgerversicherungsmodell der B'90/GRÜNEN hat zum Ziel, das Krankenversicherungssystem solidarischer zu gestalten. Die Grundprinzipien der GKV sollen stetig weiterentwickelt und die derzeitigen Solidaritätslücken geschlossen werden. Da es dann keine privilegierten Bürger mehr geben soll und alle Bürger entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit in die Finanzierung einbezogen werden, soll es zu einer Erhöhung der sozialen Gerechtigkeit führen. Zu Beginn der Modelleinführung ist eine Beitragssatzsenkung von 2,4%-Punkten möglich. Mit ihrem Modell einer „grünen Bürgerversicherung“ verfolgen B'90/GRÜNE das Ziel, ein leistungsfähiges, solidarisches und nachhaltiges Krankenversicherungssystem einzuführen.¹⁹⁰

3.2.3 DIE LINKE

Wie die SPD und B'90/GRÜNEN verfolgt die LINKE mit ihrem Modell der „solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung“ das Ziel eines einheitlichen Krankenversicherungssystems. Das Einheitssystem wird dadurch geschaffen, indem das Nebeneinander von GKV und PKV beendet wird. In der Bürgerversicherung sollen langfristig alle Menschen, die in Deutschland leben, versichert sein. Jeder von ihnen hat ab dem Tag der Geburt einen eigenständigen Anspruch auf eine Krankenversicherung, so dass niemand mehr von anderen abhängig sein soll. Für das einheitliche Krankenversicherungssystem gilt ein einheitlicher Leistungskatalog.¹⁹¹

Anbieter in der Bürgerversicherung dürfen im Vergleich zu den Modellen der SPD und den B'90/GRÜNEN ausschließlich die gesetzlichen Krankenkassen sein. Die privaten Krankenversicherer werden als Vollversicherer abgeschafft. Ihr Geschäftsfeld wird auf die Zusatzversicherungen beschränkt. Den Beschäftigten, die beim Privatversicherer versichert sind, soll es ermöglicht werden, in einem sozial verträglichen Rahmen zu den ge-

¹⁸⁹ Vgl. B'90/Grüne 2009, S. 2; B'90/Grüne 2010a, S. 15; B'90/Grüne 2010b; B'90/Grüne 2013a, S. 123

¹⁹⁰ Vgl. B'90/Grüne 2009, S. 3; B'90/Grüne 2010a, S. 11f.; B'90/Grüne 2010b; B'90/Grüne 2011, S. 10 und S. 12; B'90/Grüne 2013a, S. 122; B'90/Grüne 2013b

¹⁹¹ Vgl. Linke 2009, S. 6 und S. 9; Linke 2010, S. 3f.; Linke 2011, S. 3f.; Linke 2012, S. 44; Linke 2013, S. 22

gesetzlichen Krankenkassen zu wechseln. Für bestehende Versicherungsverträge wird eine Übergangsregelung, die zeitlich befristet ist, geschaffen.¹⁹²

In der Bürgerversicherung zahlen alle hierzulande lebenden Menschen mit Ausnahme von denjenigen, die ohne eigenes Einkommen beitragsfrei mitversichert werden, nach ihrer individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit einkommensabhängige Beiträge. Alle Einkommensarten sind beitragspflichtig und dienen als Beitragsbemessungsgrundlage. Um Menschen mit geringen Einkommen nicht zu stark zu belasten, wird die Einführung von Freigrenzen geprüft. Kapitalerträge und Zinsen sollen bis zum Sparerpauschbetrag beitragsfrei bleiben. Auf alle Einkommensarten kommt der gleiche Beitragssatz zur Anwendung, der aufgrund der weitgehend gleichen Leistungen heute schon bundesweit einheitlich für alle Krankenkassen gilt.¹⁹³

Beiträge auf Löhne und Lohnersatzleistungen werden paritätisch je zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern gezahlt. Der Sonderbeitragssatz von 0,9% entfällt. Der Zusatzbeitrag wird ebenfalls abgeschafft. Das Einkommen wird bis zur BBG verarbeitet. Diese wird bei Einführung der Bürgerversicherung zunächst auf das Niveau der in der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben, später stufenweise weiter erhöht und langfristig abgeschafft. Da alle Menschen nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit herangezogen werden, sollen Versicherte mit kleinen und mittleren Einkommen spürbar entlastet und Versicherte mit hohen Einkommen stärker belastet werden als bisher.¹⁹⁴

Die Einnahmen, die den gesetzlichen Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds zufließen, sollen die Ausgaben der Krankenkassen zu 100% decken. Treten Einnahmeausfälle durch niedrige Beitragszahlungen auf, werden sie über einen Steuerzuschuss aufgefangen. Diese Steuermittel sind nicht als Darlehen, sondern als Zuschuss bereitzustellen. Der Morbi-RSA wird weiterentwickelt und zielgenauer ausgestaltet. Darin sollen die unter-

¹⁹² Vgl. Linke 2009, S. 6 und S. 10; Linke 2010, S. 3f.; Linke 2011, S. 3; Linke 2013, S. 22

¹⁹³ Vgl. Linke 2009, S. 6 und S. 9; Linke 2010, S. 3f.; Linke 2011, S. 3f.; Linke 2012, S. 44; Linke 2013, S. 22

¹⁹⁴ Vgl. Linke 2009, S. 6 und S. 9; Linke 2010, S. 2ff.; Linke 2011, S. 2ff.; Linke 2012, S. 44; Linke 2013, S. 22

schiedlichen Mitgliederstrukturen der Krankenkassen so umfassend wie möglich berücksichtigt werden.¹⁹⁵

Mit dem Modell der „solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung“ wollen die LINKEN für alle Menschen eine gerechte und dauerhaft stabile und zukunftsfähige Finanzierung garantieren. Die gemeinsame Beteiligung aller Bürger nach ihren Möglichkeiten soll eine hochwertige Versorgung für alle sichern. Die Zwei-Klassen-Medizin soll durch die Einbeziehung aller Menschen in die Bürgerversicherung verhindert und damit abgeschafft werden. Der Beitragssatz soll gesenkt und für die Zukunft weitgehend stabil bei etwa 10,5% gehalten werden können. Das Modell geht darüber hinaus von positiven Arbeitsmarkteffekten aus. So sollen in den ersten Jahren nach Einführung der Bürgerversicherung bis zu 950.000 und langfristig etwa weitere 500.000 Arbeitsplätze geschaffen werden können. Das Ziel der Bürgerversicherung der LINKEN ist es, eine für alle Menschen umfassende Gesundheitsversorgung zu garantieren.¹⁹⁶

3.2.4 Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)

Wie die drei Parteien plädiert auch der DGB für die Weiterentwicklung der GKV hin zu einem einheitlichen und solidarisch finanzierten Krankenversicherungssystem. Ziel ist es ebenso, langfristig alle Bürger in das Einheitssystem „Bürgerversicherung“ einzubeziehen. Anbieter in der Bürgerversicherung sollen wie heute in der GKV selbstverwaltete Krankenkassen sein, die den gesetzlichen Regelungen des SGB und der öffentlichen Kontrolle und Verantwortung unterliegen. Ob neben gesetzlichen Krankenkassen auch private Krankenversicherer als Anbieter auftreten können, wird nicht genannt.¹⁹⁷

In der Bürgerversicherung sind zunächst die Versicherten der GKV, Berufsanfänger und Neugeborene versichert. Nach und nach werden dann die Personen außerhalb der GKV in einem langen Übergangszeitraum einbezogen. Damit soll sich zum einen die Gerechtigkeit in der Finanzierung erhöhen und zum anderen sollen positive Beitragssatzeffekte möglich sein. Den Versicherten der PKV wird eine Wechseloption in die Bürgerversicherung gegeben, wenn ein Pflichtwechsel aus rechtlicher Sicht nicht möglich ist. Beim

¹⁹⁵ Vgl. Linke 2009, S. 6; Linke 2010, S. 4; Linke 2011, S. 4

¹⁹⁶ Vgl. Linke 2009, S. 6 und S. 9; Linke 2010, S. 2; Linke 2011, S. 2f.; Linke 2013, S. 22

¹⁹⁷ Vgl. DGB 2010, S. 5f., S. 9, S. 22f. und S. 29

Wechsel soll die Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen rechtlich geprüft werden. Versicherte, die nicht wechseln und in der PKV verbleiben, zahlen einkommensabhängige Beiträge in einen Finanzausgleich des RSA ein. Damit sollen sie sich an der solidarischen Finanzierung der Bürgerversicherung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe beteiligen.¹⁹⁸

Neben einem klar gesetzlich geregelten und damit planbaren Steuerzuschuss basiert die Finanzierung der Bürgerversicherung, wie auch in den Modellen der Parteien, auf einkommensabhängigen Beiträgen beitragspflichtiger Bürgerversicherter. Auf Erwerbseinkommen werden paritätisch finanzierte Beiträge erhoben, womit eine gerechte Kostenverteilung erreicht werden soll. Der Sonderbeitragssatz und der Zusatzbeitrag entfallen. Damit sollen bestehende Mehrbelastungen der GKV-Versicherten abgebaut werden. Neben Erwerbseinkommen werden auch hier andere Einkommensarten verbeitragt. Bezüglich der BBG nennt das Modell drei Optionen: eine Anhebung der BBG z.B. auf das Niveau der in der gesetzlichen Rentenversicherung, eine Aufhebung der BBG und die Einführung eines Solidarbeitrags durch die Verbeitragung von Einkommen oberhalb der BBG. Eine Erhöhung der BBG soll die vertikale Beitragsgerechtigkeit verbessern, die degressive Beitragsbelastung verringern und den Beitragssatz senken. Eine Abschaffung der BBG soll zwar ebenfalls mit positiven Effekten einhergehen, dieser stehen aber verfassungsrechtliche Bedenken gegenüber.¹⁹⁹

Um weitere Einkommensarten zu verbeitragen sind zwei weitere Optionen genannt: das Ein-Säulen- und Zwei-Säulen-Modell. Beim Ein-Säulen-Modell wird das gesamte Einkommen zusammengefasst und bis zu einer BBG verbeitragt. Im Zwei-Säulen-Modell hat jede Einkommensart eine eigene BBG, womit Erwerbseinkommen und andere Einkünfte getrennt verbeitragt werden. In beiden Modellen ist für neue Einkommensarten ein Freibetrag vorgesehen. Durch die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage sollen alle Bürger nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit am Solidarausgleich beteiligt werden. Eine Verbeitragung weiterer Einkünfte und eine Anhebung der BBG auf das Niveau der in der gesetzlichen Rentenversicherung zusammen mit einer Erweiterung des Personenkreises sollen zu einer Beitragssatzsenkung von 2,2%-Punkten führen. Ein Solidarbeitrag

¹⁹⁸ Vgl. DGB 2010, S. 22f.

¹⁹⁹ Vgl. DGB 2010, S. 6 und S. 24ff.

soll den Beitragssatz zusätzlich um bis zu 0,3%-Punkte senken. Neben der Stärkung der Nachhaltigkeit sollen diese Maßnahmen auch eine höhere vertikale und horizontale Beitragsgerechtigkeit mit sich bringen und zusammen mit der Beitragssatzparität zu einer Entlastung der Arbeitnehmer beitragen.²⁰⁰

Insgesamt steht das Bürgerversicherungsmodell des DGB für ein einheitliches Krankenversicherungssystem mit einheitlichen Rahmenbedingungen und Versicherungsmöglichkeiten für alle Bürger. Die solidarische Finanzierung der GKV soll kurz-, mittel- bis langfristig nachhaltig stabilisiert und gesichert werden. Bestehende Gerechtigkeitslücken sollen geschlossen und einseitige, finanzielle Belastung von Versicherten beseitigt werden. Zudem verfolgt der DGB mit seinem Modell das Ziel, für alle Bürger eine qualitativ hochwertige, transparente, bedarfsgerechte, wohnortnahe und gegenüber dem Status Quo bessere Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Alle Bürger sollen ohne Ausnahme und Barrieren zu jeder Zeit einen sicheren Zugang zur Gesundheitsversorgung besitzen. Die Bürgerversicherung des DGB soll eine in der Gesellschaft anerkannte Alternative zum Status Quo darstellen.²⁰¹

3.2.5 Bertelsmann Stiftung und Verbraucherzentrale Bundesverband

Nach dem Bürgerversicherungsmodell der Bertelsmann Stiftung und der Verbraucherzentrale Bundesverband gibt es wie bei den anderen Modellen ein einziges Krankenversicherungssystem. Mit der Integration von GKV und PKV bezeichnen sie ihr Modell als „Integrierte Krankenversicherung“. Darin wird die gesamte Wohnbevölkerung einbezogen. Es soll solidarisch finanziert, wettbewerblich ausgerichtet werden und sich an den grundsätzlichen Ausgestaltungsmerkmale der derzeitigen GKV orientieren.²⁰²

Im Rahmen der Einbeziehung der Bevölkerung wird für Neuversicherte die Versicherungspflichtgrenze aufgehoben. Ein Wechsel in die PKV ist dann nicht mehr möglich. Den PKV-Versicherten wird ein Wechselrecht eingeräumt. So erhalten sie eine zeitlich befristete Option, von der PKV in die Bürgerversicherung zu wechseln. Dabei ist es das

²⁰⁰ Vgl. DGB 2010, S. 6, S. 22 und S. 24ff.

²⁰¹ Vgl. DGB 2010, S. 5f., S. 22, S. 24 und S. 29f.

²⁰² Vgl. Bertelsmann Stiftung 2013a, S. 9ff.; Bertelsmann Stiftung 2013b, S. 1; Bertelsmann Stiftung o.J., S. 1f.

Ziel, eine Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen zu ermöglichen. Den Privatversicherungen, die durch den Weggang von Versicherten in die Bürgerversicherung nicht mehr leistungsfähig sein könnten, soll durch eine Erleichterung von Fusionen und eine Schaffung einer Auffanggesellschaft geholfen werden.²⁰³

Als Anbieter auf dem integrierten Krankenversicherungsmarkt können sowohl gesetzliche Krankenkassen als auch Privatversicherungen auftreten. Die Anbieter können dabei unabhängig ihrer Rechtsform agieren. Alle unterliegen den regulatorischen Rahmenbedingungen der derzeitigen GKV, wie einem Kontrahierungszwang. Dabei erhalten die Versicherten gleiche Wahlmöglichkeiten und damit freies Wahlrecht. Zwischen ihnen soll ein RSA fungieren. Die bedarfsbezogenen Leistungen der Anbieter sollen dem Niveau denen in der derzeitigen GKV entsprechen. Die Vergütungssysteme von GKV und PKV sollen aufkommensneutral angeglichen werden.²⁰⁴

Im Modell soll neben lohnbezogenen Beiträgen die Finanzierungsgrundlage ausgeweitet werden. Hier werden verschiedene Szenarien entwickelt: die Finanzierung im Rahmen der Beitragsbemessung durch Heranziehen weitere Einkommensarten mit der Verbeitragung bis oder ohne BBG und die Finanzierung über einen pauschalen Steuerzuschuss an den Gesundheitsfonds. Die Beiträge sollen an der finanziellen Leistungsfähigkeit der Bürger ausgerichtet sein. Der Steuerzuschuss soll zu einer eigenen gleichgewichteten Finanzierungssäule ausgebaut werden.²⁰⁵

²⁰³ Vgl. Bertelsmann Stiftung 2013a, S. 9ff.; Bertelsmann Stiftung 2013b, S. 1; Bertelsmann Stiftung o.J., S. 1f.

²⁰⁴ Vgl. Bertelsmann Stiftung 2013a, S. 9ff.; Bertelsmann Stiftung 2013b, S. 1; Bertelsmann Stiftung o.J., S. 1f.

²⁰⁵ Vgl. Bertelsmann Stiftung 2013a, S. 9ff.; Bertelsmann Stiftung 2013b, S. 1; Bertelsmann Stiftung o.J., S. 1f.

3.3 Bewertung der Bürgerversicherung

Im Folgenden wird die Bürgerversicherung im Sinne einer Vereinheitlichung des dualen Krankenversicherungssystems mit Einbeziehung der gesamten Bevölkerung unter Beibehaltung der derzeitigen Rahmenbedingungen der GKV bewertet. Die Bewertung des einheitlichen Krankenversicherungssystems geschieht vor allem im Vergleich zum Status Quo. Zu den Bewertungskriterien gehören die Solidarität, die Nachhaltigkeit und der Wettbewerb.

3.3.1 Solidarität

In einer zur Bürgerversicherung ausgeweiteten GKV wird die gesamte Bevölkerung, sowohl die derzeit in der GKV versicherten Personen als auch Versicherte der PKV, einbezogen. Eine Einbeziehung aller Bürger, insbesondere der PKV-Versicherten, in ein Einheitssystem unter den Rahmenbedingungen der GKV beendet die im Status Quo bestehende Risikoselektion und die damit ausgelöste Risikoentmischung der Bevölkerung.²⁰⁶ Den bisher nicht der Versicherungspflicht der GKV unterliegenden Personen ist es nicht mehr möglich, eine nach individueller Vorteilsabwägung entsprechende Entscheidung zu treffen. Damit wird verhindert, dass die guten Risiken sich wie gegenwärtig zu Lasten der Solidargemeinschaft der GKV in der PKV versichern und die schlechten Risiken mit den Umverteilungsaufgaben allein gelassen werden. Alle beitragspflichtigen Bürgerversicherten beteiligen sich dann über ihre Beiträge am Solidarausgleich. Damit beseitigt die Bürgerversicherung als auf alle Bürger ausgeweitete GKV die Entsolidarisierung im Status Quo.²⁰⁷

²⁰⁶ Die in einer Bürgerversicherung neu hinzukommenden Personen leisten einen im Vergleich zu ihrem Anteil an Ausgaben höheren Anteil an Einnahmen. (vgl. Pfaff et al. 2005, S. 30f.) Zu den Einnahmen- und Ausgabenprofilen der Subgruppen der Bürgerversicherung sei auf Langer (2004, S. 45ff.) verwiesen.

²⁰⁷ Vgl. Augurzky et al. 2003, S. 8; Jacobs 2003, S. 11; Pfaff et al. 2003, S. 56; Wasem et al. 2003a, S. 49; Wasem et al. 2003b, S. 36; Greß/Rothgang 2010, S. 11f.; Lungen et al. 2011, S. 11f.; Zur Kompensierung der mangelnden Beteiligung von PKV-Versicherten am Solidarausgleich in der GKV werden daneben auch eine höhere Steuerfinanzierung in der GKV und Ausgleichszahlungen der PKV in den RSA diskutiert. Eine Steuerfinanzierung ist kritisch zu betrachten. Zum einen werden Steuermittel, wie die bisherigen Erfahrungen mit dem steuerfinanzierten Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds zeigen, nicht nachhaltig bereit gestellt. Zum anderen ist unklar, in wieweit über Steuermittel PKV-Versicherte sich am Solidarausgleich in der GKV beteiligen. PKV-Ausgleichszahlungen werden von Greß und Rothgang (2010, S. 9ff.) als Zwischenschritt hin zu einem einheitlichen Krankenversicherungssystem vorgeschlagen.

Mit der Einbeziehung von PKV-Versicherten in die Bürgerversicherung wird die private Krankenvollversicherung beendet, womit das einheitliche Krankenversicherungssystem auf ein reines Umlageverfahren basiert. Der damit einhergehende Wegfall der Kapitaldeckung der PKV in Form von Alterungsrückstellungen wird hierbei kritisiert. In der Bürgerversicherung würde gegenüber dem Status Quo die intergenerative Gerechtigkeit geschwächt werden. Zudem würde die Möglichkeit, der demographischen Entwicklung zum Teil entgegenzuwirken und zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung beizutragen, genommen.²⁰⁸ Mit einer Kapitaldeckung könnten zwar möglicherweise die intergenerative Gerechtigkeit erhöht und demographische Effekte, unter anderem Beitragssatzsteigerungen, abgeschwächt werden.²⁰⁹ Der Ansparvorgang im Rahmen des Anlegens der Finanzmittel am Kapitalmarkt ist mit Verweis auf die Finanzmarktkrise Ende der 2010er Jahre jedoch mit erheblichen Risiken verbunden. Aus diesem Grund kann ein Wegfall der Kapitaldeckung aus dem Krankenversicherungssystem gerechtfertigt erscheinen.

Unter den in der Bürgerversicherung einbezogenen Personen gehören zum einen diejenigen, die grundsätzlich auf eine Solidargemeinschaft angewiesen und derzeit in der GKV versichert sind. Zum anderen haben manche Versicherte der PKV, insbesondere Rentner und Selbstständige, aufgrund ihrer allgemeinen Lebensumstände oder als Folge der veränderten Lebenssituation, erhebliche Probleme, die risikoäquivalenten Prämien zu zahlen. Somit ist für diese Personen eine Bürgerversicherung und vom dortigen Solidarausgleich profitieren zu können von großem Vorteil. Zu den in der PKV versicherten Selbstständigen gehören unter anderem Personen der Kreativwirtschaft an. Sie besitzen einen unsicheren Beschäftigungsstatus, wechseln häufig zwischen einer abhängigen und selbstständigen Beschäftigung, üben eine befristete projektbezogene Tätigkeit aus, beziehen unständige und unsichere Entgelte und werden in Vereinen generell unentgeltlich beschäftigt. Damit sprechen schlechte Lebensumstände, die im Grunde genommen bei allen Bürgern eintreten können, für ein von Wechseln und Verschiebungen unabhängiges, einheitliches und soziales Krankenversicherungssystem.²¹⁰

²⁰⁸ Vgl. Gerken/Raddatz 2003, S. 10; Pimpertz 2013, S. 14f. und S. 19

²⁰⁹ Vgl. Göppfarth/Henke 2006, S. 17

²¹⁰ Vgl. Bieback 2012, S. 29, S. 31 und S. 36; Damit kann eine Einbeziehung aller Bürger, die von Fetzer und Hagist (2004a, S. 17; 2004b, S. 406) als „Zwangsmitgliedschaft“ und eine Bürgerversicherung, die von Henke (2004b, S. 13; 2005, S. 104) als „Zwangsversicherung“ bezeichnet wird, nachvollziehbar begründet werden.

3.3.2 Nachhaltigkeit

Durch die Einbeziehung aller Bürger und damit auch von guten Risiken der PKV wird in der Bürgerversicherung gegenüber der GKV eine bessere Risikomischung erreicht. Die in die erweiterte GKV neu einbezogenen Personen führen zu einem positiven Deckungsbeitrag, womit die Einnahme- und Ausgabenstruktur und damit der Beitragssatz bei unveränderten Bedingungen entlastet werden kann.²¹¹ Bei einer sofortigen Einbeziehung aller Bürger in die Bürgerversicherung ist nach alten Berechnungen eine Beitragssatzsenkung von 0,7 bis 1,1%-Punkte möglich. Besonders stark auf die Senkung wirkt sich die Einbeziehung von abhängig Beschäftigten aus, da sie allgemein zu den guten Risiken gehören. Die Einbeziehung von Beamten und Rentnern trägt hingegen weniger stark zur Beitragssatzsenkung bei. Die Aufnahme von Selbstständigen ermöglicht eine Senkung des Beitragssatzes von 0,2%-Punkten.²¹² Bei der Einbeziehung aller Bürger ist aber wahrscheinlicher, dass die gesamte Bevölkerung schrittweise in die Bürgerversicherung aufgenommen wird. Hierbei würde die Beitragssatzsenkung gegenüber einer sofortigen Aufnahme gering ausfallen.²¹³ Damit kann die alleinige Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die Bürgerversicherung nur geringfügig zur Stabilisierung des Beitragssatzes und damit zur Nachhaltigkeit der Beitragsfinanzierung beitragen.

3.3.3 Wettbewerb

Mit einer Bürgerversicherung wird nicht nur die gesamte Bevölkerung in ein einheitliches Krankenversicherungssystem einbezogen. Es werden auch die ungleichen Rahmenbedingungen von GKV und PKV vereinheitlicht. Damit entfällt der unfaire Systemwettbewerb zwischen beiden. Ein Einheitssystem, in dem alle Anbieter unter gleichen Rahmenbedingungen und in Konkurrenz zueinander stehen, ermöglicht einen lebhaften und unverzerrten Wettbewerb um alle Bürger und die beste Qualität, Wirtschaftlichkeit und Produktivi-

²¹¹ Vgl. Allinger 2006, S. 8; Göppfärth/Henke 2006, S. 17; Pimpertz 2013, S. 13; Felder und Kifmann (2004) sowie Schulze Ehring (2004, S. 53) argumentieren, dass die in die erweiterte GKV neu einbezogenen Bürger mit ihrem guten Risiko zwar kurzfristig einen Finanzierungseffekt bewirken, mittel- bis langfristig aber einen Ausgabeneffekt verursachen. Der demographische Wandel würde mit zeitlicher Verzögerung verstärkt und die demographische Lücke auf lange Zeit vergrößert werden. Hier wird eine Kapitaldeckung vorgeschlagen, die aber aus dem genannten Grund im *Abschnitt 3.3.1* abgelehnt werden kann.

²¹² Vgl. Pfaff et al. 2004 zit. in: Pfaff et al. 2005, S. 15f.; Pfaff et al. 2006; Albrecht et al. 2006

²¹³ Vgl. Pimpertz 2013, S. 15

tät der Versorgung und Präferenzgerechtigkeit im Sinne der Versicherten.²¹⁴ Nach Jacobs gibt es „[...] keinerlei Erkenntnisse darüber – weder aus der ökonomischen Theorie noch aus praktischen Vorbildern in irgendwelchen Branchen bzw. Ländern –, worin die vermeintlich produktiven Segnungen eines sog. „Systemwettbewerbs“ liegen sollten, die über die Vorteile eines „normalen“ Wettbewerbs konkurrierender Anbieter unter einheitlichen Systembedingungen – Qualitäts- und Effizienzsteigerungen, Innovationsförderung, Präferenzorientierung – hinausreichen würden.“²¹⁵

Die Privatversicherer können in einer Bürgerversicherung unter den Rahmenbedingungen der GKV zwar keine Krankenvollversicherungen anbieten, womit ihr Hauptgeschäft wegfällt.²¹⁶ Doch zumindest bleibt ihnen definitiv das Geschäft mit Zusatzversicherungen. Es gibt darüber hinaus auch die Möglichkeit, dass die Privatversicherer auch als Anbieter der Bürgerversicherung auftreten. Damit würde für sie neben den Zusatzversicherungen ein neues Geschäftsfeld konkurrierend mit den gesetzlichen Krankenkassen ergeben.²¹⁷ Die Öffnung der Bürgerversicherung für die Privatversicherer setzt Wettbewerbsanreize zwischen ihnen und den gesetzlichen Krankenkassen. Sollten wie die Privatversicherer auch die gesetzlichen Krankenkassen Zusatzversicherungen anbieten, könnte der Wettbewerb um Zusatzversicherungen gestärkt werden.²¹⁸

²¹⁴ Vgl. Jacobs 2003, S. 7 und S. 17; SVR-W 2004, S. 388ff.; Walendzik 2009, S. 12; Pimpertz 2013, S. 2; Pimpertz (2013, S. 11) weist darauf hin, dass eine Erweiterung der GKV auf die gesamte Bevölkerung nicht zu mehr Wettbewerb führt.

²¹⁵ Jacobs 2003, S. 12; Die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in ein einheitliches Krankenversicherungssystem hat für Jacobs (2003, S. 11) nichts mit der oft erwähnten Einheitskasse zu tun.

²¹⁶ Vgl. Gerken/Raddatz 2003, S. 10

²¹⁷ Vgl. Walendzik 2009, S. 12

²¹⁸ Vgl. Pfaff et al. 2005, S. 26

4. Fazit und Ausblick

Es wurde gezeigt, dass die Bürgerversicherung als eine die gesamte Bevölkerung einbeziehende GKV die derzeit vorliegenden Probleme sowohl in der PKV als auch zwischen GKV und PKV lösen kann. Zudem konnte der durch die Beendigung der privaten Krankenvollversicherung bedingte Wegfall der Kapitaldeckung, der mit Bedenken hinsichtlich der intergenerativen Gerechtigkeit und der demographischen Entwicklung verbunden ist, nachvollziehbar begründet werden. Es ist aber ersichtlich, dass eine solch eng definierte Bürgerversicherung nicht zur Lösung aller Probleme des dualen Krankenversicherungssystems beitragen kann. So würden in einer lediglich bezogen auf den Versichertenkreis erweiterten GKV das Einnahmenproblem, somit das Problem eines nicht langfristig stabilen Beitragssatzes und die Probleme bezüglich der Beitragsungerechtigkeit bestehen bleiben. Würde jedoch die Einbeziehung aller Bürger mit einer Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage flankiert werden, beispielsweise durch eine Verbeitragung weiterer Einkommensarten und von Einkommen oberhalb der BBG, stellt eine derart ausgestaltete Bürgerversicherung eine Komplettlösung und eine durchaus gangbare Reformoption dar, die *„[...] deutlich mehr Chancen bietet, als die Preisgabe des Alten mit Risiken verbunden [...]“*²¹⁹.

Somit kann der Politik eine weit gefasste Bürgerversicherung empfohlen werden. Hierbei stellt sich neben der rechtlichen die Frage der politischen Umsetzungsmöglichkeit. Fakt ist, dass gegenwärtig SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE als Anhänger der Bürgerversicherung eine zwar knappe, aber zumindest bestehende Mehrheit im Bundestag besitzen. Damit hätten diese Parteien die Möglichkeit, gegenüber der Bundesregierung aus CDU/CSU und SPD eine Bürgerversicherung auf den Weg zu bringen. Bis Ende dieser 18. Legislaturperiode ist aber mit einem Beginn der Umsetzung nicht zu rechnen. Ob nach den nächsten Bundestagswahlen begonnen wird, eine Bürgerversicherung umzusetzen, wird sich abhängig von der entsprechenden Regierungskonstellation zeigen. Auch wenn die Bürgerversicherung keine politische Mehrheit hinter sich versammeln sollte, die Mehrheit in der Bevölkerung mit einer breiten Befürwortung ist ihr zumindest sicher.²²⁰

²¹⁹ Jacobs 2003, S. 12

²²⁰ Vgl. Zok 2010; Zok 2012

5. Literaturverzeichnis

Adam, H. 2005: Substitution der Beihilfe durch Einbeziehung der Beamten in die Gesetzliche Krankenversicherung? Fiskalische Auswirkungen am Beispiel des Landes Niedersachsen. Diskussionspapier Nr. 8. Technische Universität Berlin. Berlin

Albrecht, M., Hofmann, J., Reschke, P., Schiffhorst, G., Sehlen, S. 2006: Stabilisierung der Finanzierungsbasis und umfassender Wettbewerb in einem integrierten Krankenversicherungssystem. Forschungsprojekt im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Ergebnisbericht. Berlin

Allinger, H.J. 2006: Bürgerversicherung und Kopfpauschale haben vieles gemeinsam – Anmerkungen zur Diskussion einer Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung. Diskussionspapier Nr. 42. Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät Universität Passau. Passau

Anonym 2003: Bürgerversicherung und Kopfpauschale: Eine Begriffsbestimmung. In: Hartmannbund Magazin. 8, S. 8

AOK-Bundesverband 2014: Rechengrößen in der Sozialversicherung 2014. In: http://www.aok-bv.de/zahlen/gesundheitswesen/index_00529.html (Stand: 17.06.2014)

Augurzky, B., Fritzsche, B., Göhlmann, S., von Loeffelholz, H.D., Schmidt, C.M., Tamm, M., Tauchmann, H. 2003: Bürgerversicherung und Pauschalprämie: Stellungnahme zu den gesundheitspolitischen Empfehlungen der „Rürup-Kommission“. Materialien Nr. 38. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI). Essen

Augurzky, B., Felder, S., Krolop, S., Schmidt, C.M., Wasem, J. 2010: Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm. Position Nr. 38. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI). Essen

Augurzky, B., Beivers, A. 2012: Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz: Richtung richtig, Umsetzung unklar. Position Nr. 48. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI). Essen

B'90/Grüne; BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 2009: Für eine solidarische und nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens. Deutscher Bundestag. 17. Wahlperiode. Drucksache 17/258. 16.12.2009

B'90/Grüne; BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 2010a: Zugang, Teilhabe, Prävention: Grüne Gesundheitspolitik erhält und stärkt die Solidarität. Beschluss der 32. Ordentlichen Bundesdelegiertenkonferenz in Freiburg. 19.-21. November 2010

B'90/Grüne; BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 2010b: Das grüne Konzept. Bürgerversicherung - Eine für Alle. Die grüne Bürgerversicherung. 13.1.2010 In: [http:// www.gruene-bundestag.de/themen/gesundheit/buergerversicherung-eine-fuer-alle_ID_212303.html](http://www.gruene-bundestag.de/themen/gesundheit/buergerversicherung-eine-fuer-alle_ID_212303.html) (Stand: 17.06.2014)

B'90/Grüne; BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 2011: Die grüne Bürgerversicherung. Alle zahlen, alle zählen. 17/30. Berlin

B'90/Grüne; BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 2013a: Zeit für den grünen Wandel. Bundestagswahlprogramm 2013. Berlin

B'90/Grüne; BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 2013b: Gesundheit. 1.1.2013 In: <http://www.gruene.de/themen/soziale-gerechtigkeit/gesundheit.html> (Stand: 17.06.2014)

Bandelow, N.C. 2002: Ist das Gesundheitswesen noch bezahlbar? Problemstrukturen und Problemlösungen. In: Zeitschrift für Gesellschaft – Wirtschaft – Politik (GWP). 51/1, S. 109-131

Bandelow, N.C. 2003: Chancen einer Gesundheitsreform in der Verhandlungsdemokratie. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ). 53/33-34, S. 14-20

Bannenberg, U. 2013a: Gesetzliche Krankenversicherung. In: Nagel, E.: Das Gesundheitswesen in Deutschland. Deutscher Ärzte-Verlag 5. Auflage. Köln, S. 59-98

Bannenberg, U. 2013b: Private Krankenversicherung. In: Nagel, E.: Das Gesundheitswesen in Deutschland. Deutscher Ärzte-Verlag 5. Auflage. Köln, S. 111-119

Bertelsmann Stiftung 2013a: Gerecht, nachhaltig, effizient. Studie zur Finanzierung einer integrierten Krankenversicherung. Gütersloh

Bertelsmann Stiftung 2013b: Gerecht, nachhaltig, effizient. Studie zur Finanzierung einer integrierten Krankenversicherung. Zusammenfassung der Ergebnisse

Bertelsmann Stiftung o.J.: Gerecht, effizient, nachhaltig. Zehn-Punkte-Plan zur integrierten Krankenversicherung

Bieback, K.-J. 2012: Kreativwirtschaft und die Absicherung des Risikos Krankheit in einer Erwerbstätigen-/Bürgerversicherung. In: Friedrich-Ebert-Stiftung: Soziale Sicherung für Soloselbstständige in der Kreativwirtschaft. WISO-Diskurs. Kurzexpertise. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn, S. 27-38

BMG; Bundesministerium für Gesundheit 2001: Daten des Gesundheitswesens 2001. Bonn

BMG; Bundesministerium für Gesundheit 2013: Daten des Gesundheitswesens 2013. Berlin

BMG; Bundesministerium für Gesundheit 2014: Gesetzliche Krankenversicherung: Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitt 2013. In: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2013.pdf (Stand: 17.06.2014)

Bormann, R., König, P. 2009: Vorbemerkung. In: Walendzik, A.: Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen. WISO-Diskurs. Kurzgutachten. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn, S. 3-4

Bormann, R., et al. 2009: Zukunft des Gesundheitssystems: Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft. WISO-Diskurs. Diskussionspapier. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn

Bormann, R. et al. 2013: Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung: Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. WISO-Diskurs. Positionspapier. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn

Botsch, A. 2009: Auswirkungen der finanz- und realmarktwirtschaftlichen Entwicklung auf die sozialen Sicherungssysteme. WISO-direkt. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn

Breyer, F. 2010: Ein entschiedenes »Weiter so!« in der Gesundheitspolitik? In: Ifo-Schnelldienst. 63/16, S. 9-11

Buchner, F., Wasem, J. 2013: Finanzmanagement in Krankenversicherungen. In: Busse, R. et al.: Management im Gesundheitswesen. Springer 3. Auflage. Berlin, S. 260-278

Burkhardt, W. 2002: Gesundheitspolitik unter Rot-Grün II: Zwischen Solidarität und Markt. In: Gewerkschaftliche Monatshefte. 53/10-11, S. 578-585

Butterwegge, C. 2004a: Bürgerversicherung – Patentrezept für das Gesundheitswesen? In: Die Krankenversicherung. 56/8-9, S. 206-209

Butterwegge, C. 2004b: Allgemein, einheitlich, solidarisch: Anforderungen an die Bürgerversicherung. In: Blätter für deutsche und internationale Politik. 49/1, S. 77-84

Butterwegge, C. 2005a: Die solidarische Bürgerversicherung – ein Wahlkampfschlager. In: Sozialmagazin. 30/7-8, S. 50-54

Butterwegge, C. 2005b: Die solidarische Bürgerversicherung – eine Alternative zum Abbau des Sozialstaates. In: Gesundheits- und Sozialpolitik. 59/7-8, S. 50-53

Cassel, D. 2001: Demographischer Wandel – Folgen für die Gesetzliche Krankenversicherung. In: Wirtschaftsdienst. 81/2, S. 87-91

Cassel, D. 2003: Die Notwendigkeit ergänzender Alterungsreserven und höherer Rentner-Beiträge in der GKV. In: Wirtschaftsdienst. 83/2, S. 75-80

Cassel, D., Postler, A. 2003: Warten auf Rürup? Zur Dringlichkeit einer Finanzierungsreform der GKV. In: Wirtschaftsdienst. 83/7, S. 437-444

Cassel, D., Postler, A. 2011: GKV-Finanzierung: Unsure at Any Time. Finanzierungsreform mit Nachhaltigkeitslücke. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement. 16/5, S. 297-303

CDU/CSU; Christlich Demokratische Union Deutschlands/Christlich-Soziale Union in Bayern 2004a: Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell

CDU/CSU; Christlich Demokratische Union Deutschlands/Christlich-Soziale Union in Bayern 2004b: Das solidarische Gesundheitsprämien-Modell der Union. UID Information Nr. 37. Berlin

CDU/CSU; Christlich Demokratische Union Deutschlands/Christlich-Soziale Union in Bayern 2013: Gemeinsam erfolgreich für Deutschland. Regierungsprogramm 2013-2017

DGB; Deutscher Gewerkschaftsbund 2010: Bürgerversicherung statt Kopfpauschale. Gemeinsame Erklärung für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft. Reform-Kommission „Für ein solidarisches Gesundheitssystem der Zukunft“. DGB Bundesvorstand. Berlin

Distelkamp, M., Meyer, B., Wolter, M.I. 2005: Gesundheitsprämie versus Bürgerversicherung – Beschäftigungseffekte der Finanzierungsreform im Gesundheitswesen. Diskussionspapier Nr. 2. Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung mbH (GWS). Osnabrück

Drabinski, T. 2013: Grundversorgung und Gesundheitspauschale. Schriftenreihe Nr. 22. Institut für Mikrodaten-Analyse. Kiel

Ebert, T. 2007: Wirtschaftliche Rahmenbedingungen und Finanzierungsgrundlagen des Sozialstaats – Die Finanzierung der sozialen Sicherung durch lohnbezogene Beiträge im Zentrum der Sozialstaatskritik. In: Friedrich-Ebert-Stiftung: Zukunft des Sozialstaats – Sozialpolitik. WISO-Diskurs. Tagungsdokumentation. Bonn, S. 109-123

Ecker, T., Häussler, B., Schneider, M. 2004: Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich. IGES und BASYS. Berlin, Augsburg

Eekhoff, J., Raddatz, G., Zimmermann, A. 2005: Privatversicherung für alle: Ein Zukunftsmodell für das Gesundheitswesen. Argumente zu Marktwirtschaft und Politik Nr. 92. Stiftung Marktwirtschaft. Berlin

Eekhoff, J., Bünnagel, V., Kochskämper, S., Menzel, K. 2008a: Bürgerprivatversicherung: Ein neuer Weg im Gesundheitswesen. Mohr Siebeck. Tübingen

Eekhoff, J., Bünnagel, V., Kochskämper, S., Menzel, K. 2008b: Nachhaltigkeit und Effizienz für das deutsche Gesundheitssystem. Discussion Paper Nr. 1. Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung (OWIWO). Köln

Eekhoff, J., Bünnagel, V., Kochskämper, S., Menzel, K. 2009: Die Bürgerprivatversicherung: Nachhaltigkeit und Effizienz für das deutsche Gesundheitssystem. Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung (OWIWO). Köln

FDP; Freie Demokratische Partei 2004: Privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle – die auf Wettbewerb begründete liberale Alternative. Beschluss des Bundesparteitages in Dresden

FDP; Freie Demokratische Partei 2013: Bürgerprogramm 2013. Damit Deutschland stark bleibt. Beschluss des Bundesparteitages in Nürnberg

Felder, S., Kifmann, M. 2004: Kurz- und langfristige Folgen einer Bürgerversicherung. In: Cassel, D.: Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen. Nomos. Baden-Baden, S. 9-32

Fetzer, S. 2005: Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV: Doppelter Alterungsprozess, Medikalisierungs- vs. Kompressionsthese und medizinisch-technischer Fortschritt. Diskussionsbeitrag Nr. 130. Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität. Freiburg im Breisgau

Fetzer, S., Hagist, C. 2004a: GMG, Kopfpauschalen und Bürgerversicherungen: Der aktuelle Reformstand und seine intergenerativen Verteilungswirkungen. Diskussionsbeitrag Nr. 114. Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität. Freiburg im Breisgau

Fetzer, S., Hagist, C. 2004b: GMG, Kopfpauschalen und Bürgerversicherungen: der aktuelle Reformstand und seine intergenerativen Verteilungswirkungen. In: Schmollers Jahrbuch. 124/3, S. 387-420

GBE-Bund; Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2014: Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige der gesetzlichen Krankenversicherung am 1.7. eines Jahres (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Kassenart, Versichertengruppe. In: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw921dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=55589590&nummer=249&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=5979505 (Stand: 17.06.2014)

Gerken, L., Raddatz, G. 2003: „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“: Im Dickicht der Gesundheitsreform: Verkürzte Begriffe verschleiern die inhaltliche Unzulänglichkeit beider Vorschläge. Argumente zu Marktwirtschaft und Politik Nr. 79. Stiftung Marktwirtschaft. Berlin

Göpffarth, D., Henke, K.-D. 2006: Finanzierungsreform und Risikostrukturausgleich – Was bleibt vom Ausgleichsverfahren? Diskussionspapier. Technische Universität Berlin. Berlin

- Greß, S.** 2009: Mit gleichen Rahmenbedingungen zu einem fairen Wettbewerb im Gesundheitssystem. WISO-direkt. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn
- Greß, S.** 2010: Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik schafft mehr Probleme als Lösungen. WISO-Diskurs. Expertise. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn
- Greß, S., Leiber, S., Manouguian, M.** 2009: Integration von privater und gesetzlicher Krankenversicherung vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen. In: WSI-Mitteilungen. 62/7, S. 369-375
- Greß, S., Manouguian, M., Wasem, J.** 2006: Lernen vom Nachbarn? Deutsche und niederländische Krankenversicherungsreform im Vergleich. In: Soziale Sicherheit. 55/12, S. 412-417
- Greß, S., Rothgang, H.** 2010: Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland: Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale. WISO-Diskurs. Expertise. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn
- Hagist, C., Raffelhüschen, B.** 2004a: Friedens- versus Ausscheidegrenze in der Krankenversicherung: Ein kriegerischer Beitrag für mehr Nachhaltigkeit. Diskussionsbeitrag Nr. 115. Institut für Finanzwissenschaft. Freiburg im Breisgau
- Hagist, C., Raffelhüschen, B.** 2004b: Friedens- versus Ausscheidegrenze in der Krankenversicherung: Ein kriegerischer Beitrag für mehr Nachhaltigkeit. In: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. 93/2, S. 185-206
- Henke, K.-D.** 2002: Mehr Markt erfordert starken Staat. In: Ifo-Schnelldienst. 55/17, S. 10-14
- Henke, K.-D.** 2004a: Plädoyer für die Kopfprämie. In: Universitas. 59/691, S. 23-29
- Henke, K.-D.** 2004b: Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreformen und ihre Lösungsansätze. Diskussionspapiere. TU Berlin. Berlin
- Henke, K.-D.** 2005: Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreformen und ihre Lösungsansätze. In: Perspektiven der Wirtschaftspolitik (PWP). 6/1, S. 95-111
- Henke, K.-D., Andersen, H.H., Grabka, M.M.** 2007: Pauschalprämienmodelle zur Finanzierung des Gesundheitswesens: Strukturparameter – Gestaltungsoptionen – Simulationen. SOEPpaper Nr. 9. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). Berlin
- Herzog-Kommission** 2003: „Soziale Sicherheit“: zur Reform der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin
- Hoffritz, J.** 2003: Gesundheit – kein Produkt wie jedes andere. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ). 53/33-34, S. 3-5

- Hohlstein, M., Pflugmann, B., Sperber, H., Sprink, J.** 2009: Lexikon der Volkswirtschaft. dtv 3. Auflage. München
- Horschel, N., Pimpertz, J.** 2008: Verteilungseffekte von Sozialversicherungsreformen. Trends Nr. 4. Institut der deutschen Wirtschaft (IW). Köln
- Horschel, N., Pimpertz, J.** 2010: Transferbedarf in einer prämienfinanzierten Gesetzlichen Krankenversicherung. Trends Nr. 2. Institut der deutschen Wirtschaft (IW). Köln
- Jacobs, K.** 2003: Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung. In: Jacobs, K. et al.: Bürgerversicherung versus Kopfpauschale: Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn, S. 7-19
- Jacobs, K.** 2004: Bürgerpauschale: Der Weisen letzter Schluss? In: Gesundheit und Gesellschaft (G+G). 7/12, S. 14-15
- Jacobs, K.** 2006: Kein einziges Problem gelöst. In: Ifo-Schnelldienst. 16/59, S. 6-8
- Jacobs, K., Reschke, P., Böhm, S.** 1996: Notwendigkeit und Möglichkeiten eines Umbaus der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Studie im Auftrag der Hans Böckler Stiftung. Berlin
- Knappe, E.** 2007: Gesundheitsreformen im Konflikt zwischen nachhaltiger Finanzierung, Effizienz und sozialem Ausgleich. Arbeitspapier Nr. 8. Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) Universität Bremen. Bremen
- Kriwy, P., Mielck, A.** 2006: Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung: Unterschiede in Morbidität und Gesundheitsverhalten. In: Das Gesundheitswesen. 68/5, S. 281-288
- Langer, B., Mamberer, F., Pfaff, A.B., Pfaff, M., Freund, F., Rindsfüßer, C.** 2004: Beitragssatzeffekte bei sofortiger Einführung einer Bürgerversicherung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik. 58/9-10, S. 44-50
- Leiber, S., Zwiener, R.** 2006: Zwischen Bürgerversicherung und Kopfpauschale: Vorschläge für eine tragfähige Kompromisslösung. Diskussionspapier Nr. 146. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI). Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf
- Linke; DIE LINKE** 2009: Für eine solidarische Gesundheits- und Pflegeabsicherung. Deutscher Bundestag. 16. Wahlperiode. Drucksache 16/12846. 05.05.2009
- Linke; DIE LINKE** 2010: Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen. Deutscher Bundestag. 17. Wahlperiode. Drucksache 17/1238. 25.03.2010
- Linke; DIE LINKE** 2011: Gesundheit und Pflege solidarisch finanzieren. Deutscher Bundestag. 17. Wahlperiode. Drucksache 17/7197. 28.09.2011

Linke; DIE LINKE 2012: Programm. Beschluss des Parteitages vom 21. bis 23. Oktober 2011 in Erfurt. bestätigt durch einen Mitgliederentscheid im Dezember 2011. Berlin

Linke; DIE LINKE 2013: 100% sozial. Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2013. Berlin

Lüngen, M., Büscher, G., Lauterbach, K.W. 2011: Anmerkungen zur geplanten Bürgerversicherung in der Krankenversicherung. Forschungsbericht Nr. 2. Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln. Köln

Mielck, A., Helmert, U. 2006: Vergleich zwischen GKV- und PKV-Patienten: Unterschiede bei Morbidität und gesundheitlicher Versorgung. In: Böcken, J. et al.: Gesundheitsmonitor 2006. Bertelsmann-Stiftung. Gütersloh, S. 32-52

Neubauer, G. 2011: Der Regionale Gesundheits-Kombi: Für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem. Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (vbw). München

Passon A., Lüngen, M., Gerber, A., Redaelli, M., Stock, S. 2009: Das Krankenversicherungssystem in Deutschland. In: Lauterbach, K.W. et al.: Gesundheitsökonomie. Huber 2. Auflage. Bern, S. 105-136

Pickenbrock, D. 2009: Gabler Kompakt-Lexikon Volkswirtschaftslehre. Gabler 3. Auflage. Wiesbaden

Pfaff, A.B., Langer, B., Freund, F. 2005: Bürgerversicherung vs. Gesundheitsprämie – Vergleich der Reformoptionen zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe Nr. 277. Institut für Volkswirtschaftslehre. Augsburg

Pfaff, A.B., Pfaff, M., Kern, A.O., Langer, B. 2003: Kopfpauschalen zur Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen in Deutschland. Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe Nr. 246. Institut für Volkswirtschaftslehre Universität Augsburg. Augsburg

Pimpertz, J. 2003: Ausgabenexplosion statt Einnahmenerosion in der gesetzlichen Krankenversicherung. Trends Nr. 1. Institut der deutschen Wirtschaft (IW). Köln

Pimpertz, J. 2006: Das vorrangige Problem liegt auf der Ausgabenseite, seine Lösung in einer knappheitsgerechten Steuerung. In: Ifo-Schnelldienst. 59/16, S. 9-11

Pimpertz, J. 2010: Ausgabentreiber in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Trends Nr. 2. Institut der deutschen Wirtschaft (IW). Köln

Pimpertz, J. 2013: Bürgerversicherung – kein Heilmittel gegen grundlegende Fehlsteuerungen. policy paper Nr. 12. Institut der deutschen Wirtschaft (IW). Köln

PKV; Verband der Privaten Krankenversicherung 2003: Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2002/2003. Köln

PKV; Verband der Privaten Krankenversicherung 2013: Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2012. Köln

Pfaff, A.B., Pfaff, M., Kern, A.O., Langer, B. 2003: Kopfpauschalen zur Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen in Deutschland. Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe Nr. 246. Institut für Volkswirtschaftslehre Universität Augsburg. Augsburg

Pfaff, A.B., Pfaff, M., Langer, B., Mamberer, F., Freund, F. 2004: Finanzierungsalternativen der Gesetzlichen Krankenversicherung: Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung. Erster Zwischenbericht zu dem von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Forschungsvorhaben zum Thema Bürgerversicherung. Stadtbergen

Pfaff, A.B., Pfaff, M., Langer, B., Mamberer, F., Freund, F., Holl, N. 2006: Finanzierungsalternativen in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Einflussfaktoren und Optionen zur Weiterentwicklung. Endbericht zum von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Forschungsvorhaben. Stadtbergen, Augsburg

Pfaff, A.B., Langer, B., Freund, F. 2005: Bürgerversicherung vs. Gesundheitsprämie – Vergleich der Reformoptionen zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe Nr. 277. Institut für Volkswirtschaftslehre Universität Augsburg. Augsburg

Pfaff, A., Rindsfüßer, C., Busch, S. 1996: Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Möglichkeiten zur Umgestaltung und Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen. Endbericht im Auftrag der Hans Böckler Stiftung. Stadtbergen

Preusker, U.K. 2008: Das deutsche Gesundheitssystem verstehen. Economica. Heidelberg

Richter, W.F. 2009a: Zur zukünftigen Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland. IZA Standpunkt Nr. 15. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit (IZA). Bonn

Richter, W.F. 2009b: Zur zukünftigen Finanzierung der Gesundheitsausgaben in Deutschland. In: Perspektiven der Wirtschaftspolitik (PWP). 10/4, S. 469-479

Richter, W.F. 2010a: Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes: Entgleiste Reformdebatte wieder auf Spur. IZA Standpunkt Nr. 29. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit (IZA). Bonn

Richter, W.F. 2010b: Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes: Entgleiste Reformdebatte wieder auf Spur. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW). 10/4, S. 7-16

Röding, D. 2012: Einkommen und Gesundheit: Empirische Befundlage zu Ausmaß, Art, Form und Intensität einkommensbedingter gesundheitlicher Ungleichheit. Masterthesis. Hochschule Neubrandenburg

Roppel, C., Roppel, U. 2011: Zukunft des Sozialstaates: Herausforderungen des demographischen Wandels. IZA Standpunkt Nr. 42. Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit (IZA). Bonn

Rosenbrock, R., Gerlinger, T. 2014: Gesundheitspolitik. Huber 3. Auflage. Bern

Rothgang, H., Arnold, R. 2011: Berechnungen der finanziellen Wirkungen und Verteilungswirkungen für eine integrierte Krankenversicherung mit einem zusätzlichen Solidarbeitrag. Diskussionspapier Nr. 176. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf

Rudolph, J., Schallermair, C. 2001: Woran krankt unser Gesundheitswesen? Diagnosen und Therapievorschläge aus Sicht eines privaten Krankenversicherungsunternehmens. In: Sozialer Fortschritt. 50/11, S. 260-268

Rürup-Kommission 2003: Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Berlin

Sauerland, D. 2004: Die Gesetzliche Krankenversicherung in der Sozialen Marktwirtschaft: eine ordnungspolitische Analyse. In: ORDO: Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft. 55, S. 209-233

Sauerland, D. 2005: Gesundheitsreformgesetze in Deutschland: Auswirkungen auf Ausgaben und Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenversicherung. Diskussionspapier Nr. 5. Wissenschaftliche Hochschule Lahr (WHL). Lahr

Sauerland, D., Kuchinke, B.A., Wübker, A. 2008: Warten gesetzlich Versicherte länger? Zum Einfluss des Versichertenstatus auf den Zugang zu medizinischen Leistungen im stationären Sektor. Diskussionspapier Nr. 11. Wissenschaftliche Hochschule Lahr (WHL). Lahr

Sauerland, D., Kuchinke, B.A., Wübker, A. 2009: Warten gesetzlich Versicherte länger? Zum Einfluss des Versichertenstatus auf den Zugang zu medizinischen Leistungen im stationären Sektor. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement. 14/2, S. 86-94

Schäfer, C., Blank, F. 2011: Vorwort. In: Rothgang, H., Arnold, R.: Berechnungen der finanziellen Wirkungen und Verteilungswirkungen für eine integrierte Krankenversicherung mit einem zusätzlichen Solidarbeitrag. Diskussionspapier Nr. 176. Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf

Schreyögg, J., Busse, R. 2013: Leistungsmanagement von Krankenversicherungen. In: Busse, R. et al.: Management im Gesundheitswesen. Springer 3. Auflage. Berlin, S. 23-50

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

Simon, M. 2013: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Huber 4. Auflage. Bern

SPD; Sozialdemokratische Partei Deutschlands 2011a: Sieben Eckpunkte der Bürgerversicherung im Gesundheitswesen. Sozialer Fortschritt geht nur gemeinsam. 8. November 2011. SPD-Parteivorstand

SPD; Sozialdemokratische Partei Deutschlands 2011b: Die Bürgerversicherung – solidarisch, gerecht und leistungsfähig. Grundlagenbeschluss des SPD-Präsidiums für eine Bürgerversicherung. Beschluss des Präsidiums am 11. April 2011. SPD-Parteivorstand

SPD; Sozialdemokratische Partei Deutschlands 2011c: Fragen und Antworten zur Bürgerversicherung. 11. Oktober 2011. SPD-Parteivorstand

SPD; Sozialdemokratische Partei Deutschlands 2011d: Solidarische Gesundheitspolitik für alle Bürgerinnen und Bürger. Ordentlicher SPD-Parteitag Berlin vom 4.-6. Dezember 2011. Beschluss Nr. 59. 6. Dezember 2011. Berlin

SPD; Sozialdemokratische Partei Deutschlands 2013: Das Wir entscheidet. Das Regierungsprogramm 2013-2017. SPD-Parteivorstand. Berlin

StBA; Statistisches Bundesamt 2002: Statistisches Jahrbuch 2002. Wiesbaden

StBA; Statistisches Bundesamt 2013: Statistisches Jahrbuch 2013. Wiesbaden

SVR-G; Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität

SVR-W; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2002: Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum. Jahresgutachten 2002/03. Wiesbaden

SVR-W; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004: Erfolg im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/05. Wiesbaden

SVR-W; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2005: Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen. Jahresgutachten 2005/06. Wiesbaden

SVR-W; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2013: Gegen eine rückwärtsgewandte Wirtschaftspolitik. Jahresgutachten 2013/14. Wiesbaden

Uleer, C. 2000: Das Nebeneinander von Sozial- und Privatversicherung. In: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. 89/2-3, S. 269-284

Ulrich, V. 2003: Demographische Effekte auf Ausgaben und Beitragssatz der GKV. Diskussionspapier Nr. 9. Universität Bayreuth. Bayreuth

- Walendzik, A.** 2009: Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen. WISO-Diskurs. Kurzgutachten. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn
- Wasem, J., Greß, S.** 2002: Gleichheit und Gerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung. In: Fouzouni, B., Güntert, B.: Prioritätensetzung im Gesundheitswesen. Logos. Berlin, S. 107-118
- Wasem, J., Greß, S., Rothgang, H.** 2003a: Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung Eine Perspektive für die Zukunft? Arbeitspapier Nr. 7. Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) Universität Bremen. Bremen
- Wasem, J., Greß, S., Rothgang, H.** 2003b: Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung Eine Perspektive für die Zukunft? Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung. Abschlussbericht. Essen, Bremen
- Weber, C.** 2006: PKV im Wettbewerb mit der GKV. Diskussionspapier Nr. 2. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP). Köln
- Zok, K.** 2010: Erwartungen an Versorgung und Finanzierung der Krankenversicherung. In: WidO-monitor. 7/1, S. 1-12
- Zok, K.** 2012: GKV/PKV im Vergleich – die Wahrnehmung der Versicherten. In: WidO-monitor. 9/2, S. 1-8
- Zwiener, R.** 2011: Finanzierungsalternativen für zusätzliche Gesundheitsausgaben. WISO-Diskurs. Expertise. Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn