

Wild, Frank

Research Report

Verlagerung staatlicher Finanzierungsaufgaben auf die Beitragszahler - Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der PKV

WIP-Kurzanalyse, No. 2/2015

Provided in Cooperation with:

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

Suggested Citation: Wild, Frank (2015) : Verlagerung staatlicher Finanzierungsaufgaben auf die Beitragszahler - Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der PKV, WIP-Kurzanalyse, No. 2/2015, WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/273226>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Verlagerung staatlicher Finanzierungsaufgaben auf die Beitragszahler

Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der PKV

Dr. Frank Wild



Gustav-Heinemann-Ufer 74 c • 50968 Köln
Telefon +49 221 9987-1652 • Telefax +49 221 9987-1653
E-Mail: wip@wip-pkv.de • Internet: www.wip-pkv.de

November 2015

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	3
1. Einleitung.....	4
2. Verlagerung von staatlichen Aufgaben auf die Beitragszahler.....	4
3. Die Situation der PKV	7
3.1 Mitfinanzierung des Steuerzuschusses für die GKV	7
3.2 Mehrumsatz der PKV	8
4. Zusammenfassung	10

1. Einleitung

Beitragssteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden durch die zunehmende Verlagerung staatlicher Aufgaben auf die Beitragszahler forciert. Bund und Länder entlasten ihren Haushalt dabei auf Kosten der GKV. In diesem Zusammenhang werden wiederholt Forderungen nach einer Beteiligung an der Finanzierung durch die Private Krankenversicherung (PKV) erhoben. Hierbei wird jedoch übersehen, dass die PKV bereits über die Mitfinanzierung des Bundeszuschusses für die GKV durch die Steuerzahlung der Privatversicherten als auch über den PKV-Mehrumsatz einen überproportionalen Finanzierungsbeitrag leistet. Die vorliegende Kurzanalyse beleuchtet die Problematik der Lastenverschiebung im Allgemeinen und der Einbeziehung der PKV im Speziellen.

2. Verlagerung von staatlichen Aufgaben auf die Beitragszahler

Für Bund und Länder gilt nach Artikel 109 Grundgesetz der im Jahr 2009 beschlossene Grundsatz, einen strukturell ausgeglichenen Haushalt vorzulegen. Diese auch als „Schuldenbremse“ bezeichnete Bestimmung folgt der Regelung des Europäischen Stabilitäts- und Wachstumspaktes. Danach sollen alle Haushalte der Mitgliedsstaaten annähernd ausgeglichen sein oder einen Überschuss aufweisen. Damit einhergehen soll ein Abbau der Staatsverschuldung. Die Verschuldung des öffentlichen Gesamthaushaltes im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt liegt in Deutschland bereits seit mehr als zehn Jahren über dem EU-Konvergenzkriterium von 60 %, zu dem sich die EU-Mitgliedsstaaten im Jahr 1992 verpflichtet hatten (Art. 126 und 140 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEU-Vertrag)). Im Jahr 2012 erreichte Deutschland mit 79,3 % den bislang höchsten Wert seiner Schuldenstandsquote.¹

Bei Betrachtung der Gesetzgebung in der aktuellen Legislaturperiode im Bereich des Bundesministeriums für Gesundheit verfestigt sich der Eindruck, die Entschuldung von Bund und Ländern soll zum Teil durch eine Verlagerung staatlicher Aufgaben auf die Beitragszahler in der Krankenversicherung erreicht werden. Für die Krankenversicherung handelt es sich jedoch um versicherungsfremde Leistungen.

Hierzu drei Beispiele aus der Gesetzgebung des Jahres 2015:

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2015).

(1) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), verabschiedet am 18.06.2015 vom Deutschen Bundestag und am 10.07.2015 im Bundesrat, Inkrafttreten in wesentlichen Teilen am 25.07.2015

Im Mittelpunkt des PräVG steht die beitragsfinanzierte Primärprävention. Primärprävention, die sich an die gesamte Versichertengemeinschaft oder an Teilkollektive richtet, sind einer Krankenversicherung im Grundsatz jedoch fremd. Dies gilt für PKV und GKV gleichermaßen.² Eine Krankenversicherung gewährt Leistungen, wenn eine gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegt.

Trotz dieses ordnungspolitischen Einwandes wurde das Gesetz verabschiedet. Die jährlichen Mehrausgaben der GKV beziffert die Bundesregierung im Gesetzentwurf mit 250 bis 300 Mio. € jährlich.³

(2) Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), verabschiedet am 11.06.2015 vom Deutschen Bundestag und am 10.07.2015 im Bundesrat, Inkrafttreten in wesentlichen Teilen am 23.07.2015

Ein Element des GKV-VSG⁴ betrifft den Aufbau eines Innovationsfonds zum 1. Januar 2016, mit dem innovative und sektorenübergreifende Versorgungsmodelle gefördert werden sollen. Bestandteil des Innovationsfonds ist auch die Förderung der Versorgungsforschung. Cassel und Jacobs verweisen darauf, dass diese Förderung sachgerecht allerdings beim Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) oder der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) anzusiedeln wäre. In diesem Fall würde die Finanzierung aus Steuermitteln erfolgen. Sie verweisen darauf, dass beim BMBF bereits ein steuerfinanzierter „Aktionsplan Versorgungsforschung“ aufgelegt ist.⁵ Insgesamt beläuft sich das Finanzierungsvolumen des Innovationsfonds für die Jahre 2016 bis 2019 auf jeweils 300 Mio. € jährlich, von denen 75 Mio. € auf die Förderung der Versorgungsforschung entfallen.⁶ Von den Mehrausgaben in Höhe von 300 Mio. € p. a. sind 150 Mio. € von den Krankenkassen direkt und 150 Mio. € aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu finanzieren. Der Gesundheitsfonds wird neben den Beitragseinnahmen der Krankenkassen auch vom Bundeszuschuss, also auch von den Steuerzahlungen der Privatversicherten, gespeist.

² Vgl. Fichte, D., Schulemann, O. (2010), S. 676.

³ Vgl. Bundesregierung (2015a).

⁴ Das GKV-VSG sieht zudem u. a. stärkere Anreize für eine Niederlassung in unterversorgten oder strukturschwachen Gebieten, die Einrichtung von Terminservicestellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, einen Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung bei bestimmten planbaren Eingriffen sowie Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei pflegebedürftigen und behinderten Menschen vor.

⁵ Vgl. Cassel, D, Jacobs, K. (2015), S. 59.

⁶ Vgl. Bundesregierung (2015b).

(3) Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG), 2./3. Lesung im Deutschen Bundestag am 05.11.2015, Inkrafttreten am 01.01.2016

Mit dem KHSG sollen u. a. Überkapazitäten im Krankenhausbereich abgebaut und die Umwandlung von Kliniken in lokale Versorgungseinrichtungen finanziert werden. Die Finanzierungsverantwortung für Investitionen sowie die Verantwortung für die Krankenhausplanung liegt allerdings seit 1972 bei den Bundesländern. Die Krankenhäuser haben nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sogar einen Rechtsanspruch auf staatliche Förderung für Investitionen. Da die Bundesländer diesem Rechtsanspruch jedoch bereits seit vielen Jahren nicht oder nur unzureichend nachkommen, liegt eine chronische Unterfinanzierung der Krankenhäuser vor. Das Ausbleiben von notwendigen Investitionen wird vielfach als „Investitionsstau“ bezeichnet. Die Einrichtung eines Strukturfonds gemäß KHSG soll jeweils zur Hälfte durch die Bundesländer und aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der GKV finanziert werden. Laut dem Gesetzentwurf wird die GKV im Jahr 2016 mit Ausgaben in Höhe von 0,5 Mrd. € belastet. In den folgenden Jahren würden die jährlichen Mehrausgaben laut Entwurf bis auf 1,4 Mrd. € im Jahr 2020 steigen.⁷

Alle aufgeführten Beispiele führen zu Ausgabensteigerungen in der GKV und besitzen damit eine unmittelbare Beitragssatzwirkung. Inwieweit den absehbaren Mehrausgaben an anderer Stelle Minderausgaben gegenüberstehen werden, ist spekulativ. Allein die Zunahme des Anteils der älteren Bevölkerung als Folge des konstant niedrigen Geburtenniveaus und der steigenden Lebenserwartung führen dazu, dass der Beitragssatz steigen wird. Hierzu addieren sich noch Ausgabensteigerungen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts. Modellrechnungen zufolge könnte der Beitragssatz in der GKV bis zum Jahr 2050 auf 25 % angehoben werden.⁸ In einigen Studien werden sogar noch höhere Werte vorhergesagt.⁹ Daraus resultiert eine zunehmende Subventionierung der Älteren durch die Jüngeren. Aus einem zunehmenden Beitragssatz erwachsen erhebliche volkswirtschaftliche Belastungen, zumal auch andere Sozialversicherungszweige, wie die Rentenversicherung, eine ähnliche Entwicklung aufweisen werden. Wenn die GKV Finanzierungslasten übernehmen muss, die eigentlich dem Steuersystem zuzurechnen sind und damit versicherungsfremde Leistungen sind, wird sich die zukünftige Beitragsentwicklung in der GKV weiter verschärfen.

Nach § 221 SGB V werden versicherungsfremde Leistungen in der GKV durch den Bundeszuschuss pauschal abgegolten. Eine Aufstellung der Leistungen sowie eine gesetzliche Defini-

⁷ Vgl. Fraktionen der CDU/CSU und der SPD (2015).

⁸ Vgl. Niehaus (2008).

⁹ Die Tendenz einer steigenden Beitragssatzbelastung in der GKV lässt sich auch aus der Entwicklung in der Vergangenheit ableiten. Im Jahr 1975 lag der Beitragssatz in der GKV noch bei 10,5 %. Zusätzlich wurde die Beitragsbemessungsgrenze von 1975 bis 2015 um 284 % angehoben. Sie stieg damit stärker als das Jahresdurchschnittsentgelt (+214 %). Vgl. BDA (2015), S. 52.

tion, was als versicherungsfremde Leistung anzusehen ist, existiert aber nicht. Darüber hinaus ist die Höhe des Bundeszuschusses auch von der haushaltspolitischen Lage abhängig. Die jährliche Anpassung des Bundeszuschusses verweist darauf, dass keine systematische Bemessung des Umfangs der versicherungsfremden Leistungen und damit des Bundeszuschusses vorliegt. Aus dem Zusammenspiel einer fehlenden Zweckbindung des Bundeszuschusses an versicherungsfremde Leistungen und der Unmöglichkeit, als gesetzliche Krankenkasse selbstständig versicherungsfremde Leistungen zu kürzen oder zu streichen, resultiert eine Gefahr für die Finanzlage der GKV.

3. Die Situation der PKV

Die zunehmende Verpflichtung der GKV, Finanzierungslasten zu übernehmen, geht regelmäßig auch mit der Forderung einher, dass auch die PKV einen Teil zur Finanzierung beitragen soll. Eine Verpflichtung zur Teilnahme ist formal-juristisch nicht möglich. Der auf privatrechtlicher Basis abgeschlossene Versicherungsvertrag verpflichtet die PKV-Unternehmen, ihrer vertraglichen Leistungspflicht im Krankheitsfall nachzukommen. Die Versicherungsbeiträge werden nach dem Äquivalenzprinzip kalkuliert. Es gibt damit einen engen Zusammenhang von Versicherungsprämie und erwarteter Versicherungsleistung. Der Gesetzgeber kann nicht in diese versicherungsvertragliche Verpflichtung eingreifen und eine Verwendung der Versichertengelder für versicherungsfremde Leistungen anordnen. Zudem gilt § 221 SGB V für die PKV nicht, das heißt, die PKV erhält nicht wie die GKV eine pauschale Abgeltung für versicherungsfremde Leistungen über den Bundeszuschuss.

Ungeachtet der rechtlichen Bestimmungen wird in der gesundheitspolitischen Diskussion nicht selten ein politisch-moralischer Druck auf die PKV, sich daran zu beteiligen, aufgebaut. In diesem Zusammenhang wird an die gesellschaftliche Rolle der PKV appelliert und darauf verwiesen, dass die PKV indirekt von den jeweiligen Gesetzen profitieren wird. Implizit wird damit der Vorwurf geäußert, die PKV leiste keinen angemessenen Beitrag zur medizinischen Versorgung und zur medizinischen Infrastruktur. In der öffentlichen und fachlichen Diskussion bleibt dabei häufig unberücksichtigt, dass die PKV bereits einen (nicht unerheblichen) finanziellen Mehrbeitrag leistet, der dem Gesundheitssystem insgesamt – und damit auch den gesetzlich Versicherten – zugutekommt. Hierzu zählen insbesondere die Beteiligung am Bundeszuschuss und der Mehrumsatz der Privatversicherten.

3.1 Mitfinanzierung des Steuerzuschusses für die GKV

Seit dem Jahr 2004 erhält die GKV einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln. Dieser Bundeszuschuss betrug anfangs 1,0 Mrd. €, wurde mehrmals erhöht und beläuft sich im Jahr 2015

auf 11,5 Mrd. €. Ohne Bundeszuschuss würde der durchschnittliche Beitragssatz¹⁰ in der GKV nicht 15,4 %, sondern etwa 16,4 % betragen.¹¹

Der Bundeszuschuss wird auch durch die steuerlichen Abgaben von Privatversicherten mitfinanziert. Unterstellt man eine durchschnittliche steuerliche Leistungsfähigkeit der Privatversicherten und berücksichtigt ihren Anteil an der Gesamtbevölkerung (10,9 % im Jahr 2015), so werden im Jahr 2015 1,25 Mrd. € des Steuerzuschusses in der GKV (insgesamt 11,5 Mrd. €) von Privatversicherten aufgebracht. Jeder Privatversicherte leistet damit im Durchschnitt im Jahr 2015 einen Finanzierungsbeitrag in Höhe von 141 €. Seit der Einführung des Bundeszuschusses kumulierten sich in einem 12-Jahres-Zeitraum die gesamten Steuerzahlungen der Privatversicherten zugunsten der GKV auf 10,72 Mrd. € und damit auf 1.212 € je Privatversicherten (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Mitfinanzierung der GKV durch Privatversicherte über den Bundeszuschuss

Jahr	Bundeszuschuss zur GKV	...von Privatversicherten insgesamt aufgebrachte Steuern in der GKV	...je Privatversicherten „bezahlte“ Steuer in der GKV
2004	1,0 Mrd. €	0,10 Mrd. €	12,12 €
2005	2,5 Mrd. €	0,25 Mrd. €	30,33 €
2006	4,2 Mrd. €	0,43 Mrd. €	51,02 €
2007	2,5 Mrd. €	0,26 Mrd. €	30,41 €
2008	2,5 Mrd. €	0,26 Mrd. €	30,49 €
2009	7,2 Mrd. €	0,78 Mrd. €	88,02 €
2010	15,7 Mrd. €	1,71 Mrd. €	192,04 €
2011	15,3 Mrd. €	1,71 Mrd. €	190,47 €
2012	14,0 Mrd. €	1,56 Mrd. €	173,86 €
2013	11,5 Mrd. €	1,27 Mrd. €	142,38 €
2014	10,5 Mrd. €	1,14 Mrd. €	129,50 €
2015	11,5 Mrd. €	1,25 Mrd. €	141,83 €
2004-2015	98,4 Mrd. €	10,72 Mrd. €	1.212,43 €

Anmerkungen: Berechnung unter Berücksichtigung des jährlichen Marktanteils der PKV. Besteuerung der Privatversicherten orientiert sich an der durchschnittlichen (steuerlichen) Leistungsfähigkeit. Werte für 2015 vorläufig.

3.2 Mehrumsatz der PKV

In Abhängigkeit von den spezifischen Vergütungsregeln der einzelnen Sektoren im Gesundheitswesen können die Leistungserbringer bei Privatversicherten eine von der GKV abweichende Abrechnung vornehmen. Neben teilweise unterschiedlichen Honoraren, die Leis-

¹⁰ Der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV bildet sich für das Jahr 2015 aus dem allgemeinen Beitragssatz gemäß § 241 SGB V in Höhe von 14,6 % und dem Zusatzbeitragssatz. Die Empfehlung des GKV-Schätzerkreises lag für das Jahr 2015 hier bei 0,9 % Tatsächlich liegt der Zusatzbeitragssatz im Durchschnitt über alle Krankenkassen etwas niedriger als empfohlen, so dass der durchschnittliche Beitragssatz 15,4 % beträgt.

¹¹ Vgl. BDA (2015), S. 51.

tungserbringer bei PKV- und GKV-Versicherten erhalten, greifen in der GKV auch verschiedene Vorgaben und Steuerungsinstrumente des Gesetzgebers bzw. der Selbstverwaltung in die Versorgung der GKV-Versicherten ein. Unterschiede von PKV und GKV führen dazu, dass die Zahlungen der Privatversicherten für Gesundheitsleistungen vielfach deutlich über den Gesundheitsausgaben liegen, die die gesetzlichen Krankenkassen für vergleichbare Versicherte aufbringen müssten.

Aus der unterschiedlichen Vergütungs- und Versorgungspraxis bei unterstelltem gleichem Versicherungsbestand ergibt sich ein Mehrumsatz der Privatversicherten. Im Jahr 2013 lag der Mehrumsatz der Privatversicherten bei 11,8 Mrd. €. Davon entfielen u. a. 5,6 Mrd. € auf die ambulante ärztliche Versorgung, 3,2 Mrd. € auf die zahnmedizinische Versorgung, 0,9 Mrd. € auf den Bereich Heilmittel, 0,8 Mrd. € auf Arzneimittel und 0,6 Mrd. € auf den stationären Sektor.^{12 13} Der hohe Mehrumsatz im ambulanten Bereich basiert auf der höheren Vergütung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bei Privatversicherten im Vergleich zur Vergütung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bei GKV-Versicherten. Darüber hinaus wird der Unterschied auch durch die steuernden Eingriffe in die GKV-Versorgung beeinflusst.

Unter der Annahme, dass in den Jahren 2014 und 2015 mindestens der PKV-Mehrumsatz im Jahr 2013 vorliegt, ergibt sich für einen 12-Jahres-Zeitraum (2004-2015) ein PKV-Mehrumsatz von insgesamt 129,2 Mrd. €. Dies entspricht je Versicherten einem finanziellen Mehrbeitrag in Höhe von 14.825 € (siehe Tabelle 2). Allein im Jahr 2015 leistet damit jeder Privatversicherte im Durchschnitt einen Mehrumsatz-Beitrag in Höhe von 1.336 €, von dem auch die GKV profitiert.

¹² Vgl. Niehaus (2015).

¹³ Ein Teil des Mehrumsatzes, der dem ambulanten Bereich zugeordnet ist, fällt in der ambulanten Versorgung im Krankenhaus an und müsste damit institutionell dem stationären Sektor zugeordnet werden.

Tabelle 2: Mehrumsatz der PKV (2004-2015)

Jahr	Mehrumsatz aller Privatversicherten	Mehrumsatz je Privatversicherten
2004	9,5 Mrd. €	1.150 €
2005	9,6 Mrd. €	1.147 €
2006	9,7 Mrd. €	1.143 €
2007	10,5 Mrd. €	1.228 €
2008	10,9 Mrd. €	1.262 €
2009	10,6 Mrd. €	1.207 €
2010	10,8 Mrd. €	1.211 €
2011	11,1 Mrd. €	1.238 €
2012	11,1 Mrd. €	1.240 €
2013	11,8 Mrd. €	1.327 €
2014	11,8 Mrd. €	1.336 €
2015	11,8 Mrd. €	1.336 €
2004-2015	129,2 Mrd. €	14.825 €

Anmerkung: Werte für 2014 und 2015 vorläufig. Für den PKV-Mehrumsatz der Jahre 2014 und 2015 wurde der Wert des Jahres 2013 und für 2012 der Wert des Jahres 2011 angesetzt.

4. Zusammenfassung

Um die Haushalte von Bund und Ländern nicht mit weiteren Ausgaben zu belasten und damit das Einhalten der „Schuldenbremse“ nicht zu gefährden, werden in der aktuellen Legislaturperiode neue Gesetzesvorhaben, die eigentlich aus Steuermitteln zu finanzieren sind, der GKV zugewiesen. Dies ist ordnungspolitisch nicht sachgerecht. Forderungen, auch die PKV an der Finanzierung zu beteiligen, übersehen – neben formal-juristischen Gründen – die Mehrausgaben, die Privatversicherte bereits jetzt im Gesundheitswesen zum Nutzen aller leisten. Der dabei geleistete Beitrag beträgt allein im Jahr 2015 13,05 Mrd. € (1.478 € je PKV-Versicherten). Darin sind 1,25 Mrd. € Steuerzuschüsse enthalten, die zu Gunsten der GKV von Privatversicherten aufgebracht werden. Der PKV-Mehrumsatz und die finanzielle Beteiligung der Privatversicherten am Steuerzuschuss sind um ein Vielfaches höher als die finanziellen Forderungen an die PKV im Zuge der Gesetzgebungsverfahren dieses Jahres. Dabei bleibt noch völlig unberücksichtigt, dass die GKV eine pauschale, also nicht zweckgebundene Abgeltung für versicherungsfremde Leistungen über den Bundeszuschuss erhält. Die PKV müsste diese Leistungen ausschließlich aus Versichertengeldern finanzieren.

Literaturverzeichnis:

BDA (2015): Krankenversicherung – Beitragsbelastung hat sich seit 1975 fast verfünffacht, in: Soziale Selbstverwaltung, 63, 09. September 2015

Bundesregierung (2015a): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), 11.03.2015

Bundesregierung (2015b): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), 25.02.2015

Cassel, D., Jacobs, K. (2015): Mehr Versorgungsinnovationen – aber wie? In: Recht und Politik im Gesundheitswesen, Ausgabe 3/2015

Fichte, D., Schulemann, O. (2010): Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst, 10, 676-682.

Fraktionen der CDU/CSU und der SPD (2015): Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), 30.06.2015

Niehaus, F. (2015): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013, WIP-Diskussionspapier 2/2015

Niehaus, F. (2008): Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung, Köln

Statistisches Bundesamt (2015): Europäische Union (EU) Stabilitätspakt, URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/VGR/EUStabilitaetspakt/Tabellen/DefizitSchuldenEU.html> (18.09.2015)