



**Einbeziehung der privaten Krankenvollversicherung in den
Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung in
Deutschland.**

Abschätzung der quantitativen Auswirkungen

Dr. rer. pol. Markus Lungen

Björn Stollenwerk

Dr. med. Andreas Gerber

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach, MdB

Universität zu Köln

Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie

Zusammenfassung

Die Einbeziehung der privaten Krankenversicherung (PKV) in den Risikostrukturausgleich (RSA) der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird häufig diskutiert. In der vorliegenden Studie wird anhand einer quantitativen Analyse unter Verwendung der Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) abgeschätzt, welche Transfer-summe aus dem System der PKV in das System der GKV fließen würden, wenn ein übergreifender RSA eingerichtet würde. Die Summe läge bei 9,9 Mrd. Euro pro Jahr unter Annahme der Beitragsbemessungsgrenze des Jahres 2006. Einbezogen wurden dabei nur die Unterschiede auf der Einnahmenseite des RSA. Einschränkend muss gesehen werden, dass unklar bleibt, welche Krankenversicherungsunternehmen be- oder entlastet würden und über welches Verfahren die Transfersumme aufgebracht werden könnte.

Schlagwörter: Analyse von Gesundheitsmärkten, Gesundheitspolitik, Regulierung, Krankenversicherung.

Abstract

Germany's risk-adjustment scheme (RAS) includes the statutory health insurance (SHI), but not the full private health insurance (PHI). We analyzed that the expansion of the RAS to the PHI would cause a transfer of 9.9 billion Euros per year from the PHI to the SHI (thresholds of relevant income of 2006) We used the SOEP Data set, which is assumed to be representative for Germany. However, we could not evaluate, which health plan within the PHI or SHI would face a financial burden or relief and how the transfer could be implemented in existing organizational frames.

Keywords: Analysis of Health Care Markets, Government Policy, Regulation, Public Health

Einbeziehung der privaten Krankenvollversicherung in den Risiko- strukturausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.

Abschätzung der quantitativen Auswirkungen

von

Dr. rer. pol. Markus Lungen*

Björn Stollenwerk[#]

Dr. med. Andreas Gerber*

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard) Karl W. Lauterbach, MdB*

1	Hintergrund	47
2	Methode	52
3	Ergebnisse	53
4	Diskussion	54

1 Hintergrund

Mit dem Risikostrukturausgleich (RSA) werden die Unterschiede in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, der Zahl der beitragsfrei Mitversicherten und der sich aus Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht abweichenden Ausgabenunterschiede zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ausgeglichen (§ 266 SGB V, fünftes Sozialgesetzbuch). Es handelt sich somit sowohl um einen Ausgleich der Einnahmen- als auch der Ausgabenseite der gesetzlichen Krankenkassen.

* Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Gleueler Straße 176 – 178, 50935 Köln, <http://www.igke.de>, markus.luengen@uk-koeln.de

[#] UMIT - Private University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology, Department of Public Health, Medical Decision Making and Health Technology Assessment, Eduard Wallnöfer-Zentrum I, A-6060 Hall.

Die Systematik des RSA sieht derzeit vor, dass alle Versicherten einer Krankenkasse einer im Wesentlichen nach Alter und Geschlecht standardisierten Gruppe zugeordnet werden. Für jede dieser Gruppen werden die über alle Krankenkassen hinweg standardisierten Leistungsausgaben ermittelt. Die Summe der standardisierten Leistungsausgaben einer Krankenkasse (Beitragsbedarf) wird ihrer Finanzkraft gegenüber gestellt. Die Finanzkraft ermittelt sich aus dem Produkt der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder einer Krankenkasse mit dem Ausgleichsbedarfssatz. Der Ausgleichsbedarfssatz entspricht dem Verhältnis der Beitragsbedarfssumme aller Krankenkassen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder.

Inwieweit eine Krankenkasse Erstattungen aus dem RSA erhält oder Einzahlungen vornehmen muss, ergibt sich aus der Differenz aus Finanzkraft einer Krankenkasse und ihrem standardisierten Beitragsbedarf. Liegt die Finanzkraft höher als dieser Beitragsbedarf, werden Einzahlungen fällig und umgekehrt. Die Durchführung des RSAs erfolgt jährlich durch das Bundesversicherungsamt.

Auf weitere Einzelheiten, etwa die Berücksichtigung von weiteren Morbiditätsabschätzungen im Rahmen des Risikopools, der Einschreibung von Versicherten in Disease-Management Programme oder Ansprüche auf Erwerbs- oder Arbeitsunfähigkeit, soll hier nicht eingegangen werden. Sie wurden an anderer Stelle erläutert.¹

Der RSA als bundesweiter Ausgleich zwischen Allgemeiner Krankenversicherung und der Krankenversicherung der Rentner wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992 eingeführt und mit dem 01.01.1995 wirksam.² Ziel war es, dass Krankenkassen durch hohe beziehungsweise niedrige beitragspflichtige Einkünfte ihrer Mitglieder keine Nachteile erleiden sollten und somit „blind“ gegenüber diesem Mitgliedermerkmal handeln. Ebenso sollten einer Krankenkasse keine Nachteile aus einem hohen Morbiditätsrisiko ihrer Versicherten entstehen und umgekehrt („Wettbewerb und Solidarität“).³

Die Einführung des RSA wurde notwendig, nachdem der Wechsel und die Wahl der gesetzlichen Krankenkasse zum 1.1.1996 erleichtert wurde.⁴ Gäbe es keinen RSA, wäre es bei nicht morbiditätsadjustierten Beitragsprämien für Krankenkassen lukrativ,

¹ Vgl. <http://www.bva.de/Fachinformationen/Risikostrukturausgleich/Wie-funktionert-RSA.pdf> (Zugriff 7. Juli 2006)

² Vgl. *Schneider, W.* (1995a), S. 67-76.

³ Vgl. *Bundesregierung* (2001).

⁴ Vgl. *Schneider, W.* (1995b).

sich bevorzugt auf Versicherte mit geringem Morbiditätsrisiko und hohem beitragspflichtigen Einkommen zu konzentrieren.⁵ Diese Erkenntnis wird auch durch Untersuchungen im Ausland gestützt.^{6,7}

Die private Krankenversicherung (PKV) ist in Deutschland nicht in den RSA einbezogen. Nachfolgend soll quantitativ abgeschätzt werden, welche Finanzströme sich aus einer Einbeziehung der PKV in den RSA ergeben würden. Nicht diskutiert wird die Frage, ob es sinnvolle Alternativen zum RSA innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt⁸ oder ob die PKV durch bereits bestehende Transferzahlungen an einer Form des Ausgleichs teilnimmt.^{9,10}

Die PKV hatte zum Jahresende 2004 8,3 Mio. Vollversicherte. In der GKV waren 70,5 Mio. (Jahr 2003) Versicherte (davon 19,7 Mio. beitragsfrei Mitversicherte). Pro Jahr wandern zwischen 150.000 und 200.000 Versicherte (netto) von der GKV in die PKV. In der PKV existieren 49 Versicherungsunternehmen. Denen stehen rund 250 gesetzliche Krankenkassen gegenüber. Abbildung 1 zeigt die Wechslerströme der Jahre 1975 bis 2004, Abbildung 2 die Versichertenzahlen in der PKV und Abbildung 3 die Transfersumme des RSA im Jahr 2004.

⁵ Vgl. Schulz, E. / Kifmann, M. / Breyer, F. (2001).

⁶ Vgl. Newhouse, J. P. / Buntin, B. M. / Chapman, J. D. (1997).

⁷ Einen Schritt weiter gehen Glazer & McGuire (2000), welche vorschlagen, dass Risikoadjustierung auch nach politischen Zielen ausgerichtet werden kann und beispielsweise benachteiligte Gruppen überproportionale Gutschriften auslösen. Vgl. Glazer, J. / McGuire, T. G. (2000).

⁸ Vgl. Lauterbach, K. / Lungen, M. (2005).

⁹ Vgl. Niehaus, F. / Weber, C. (2005).

¹⁰ Vgl. Böhnke, A. C. (2004).

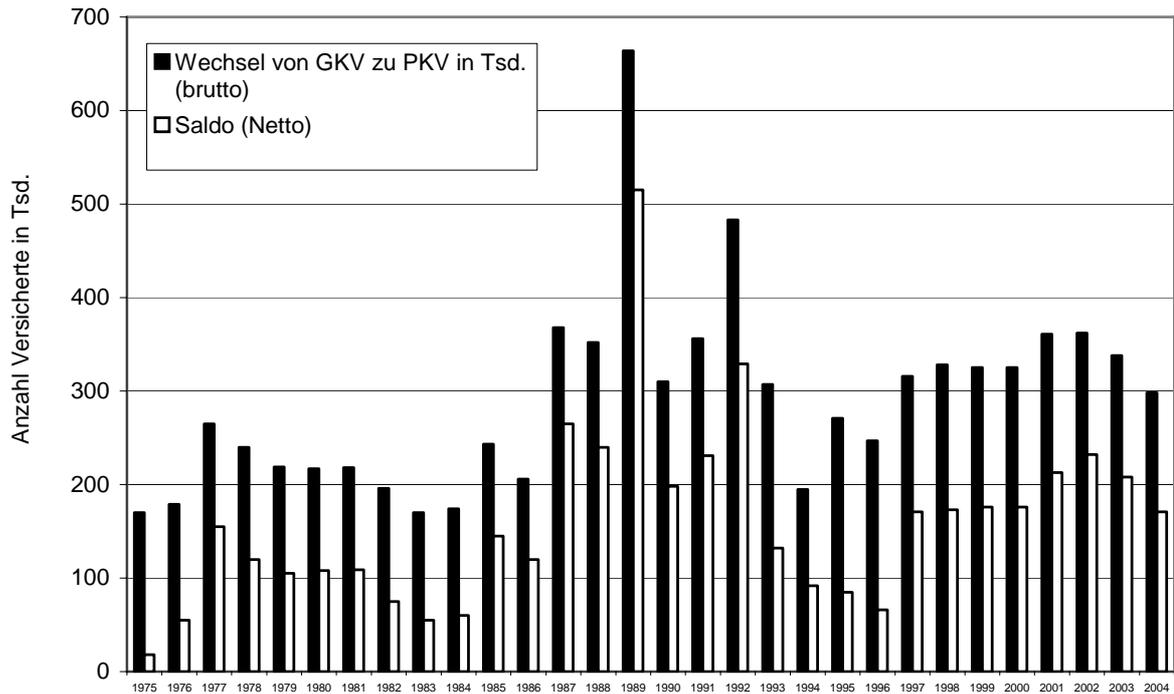


Abbildung 1: Anzahl der wechselnden Versicherten zwischen GKV und PKV, Jahre 1975 bis 2004.

Erläuterung: Brutto: Zahl der aus der GKV in die PKV abwandernden Versicherten (inkl. Kinder); Netto: Differenz aus abwandernden und zurück kehrenden Versicherten. Quelle: Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK)

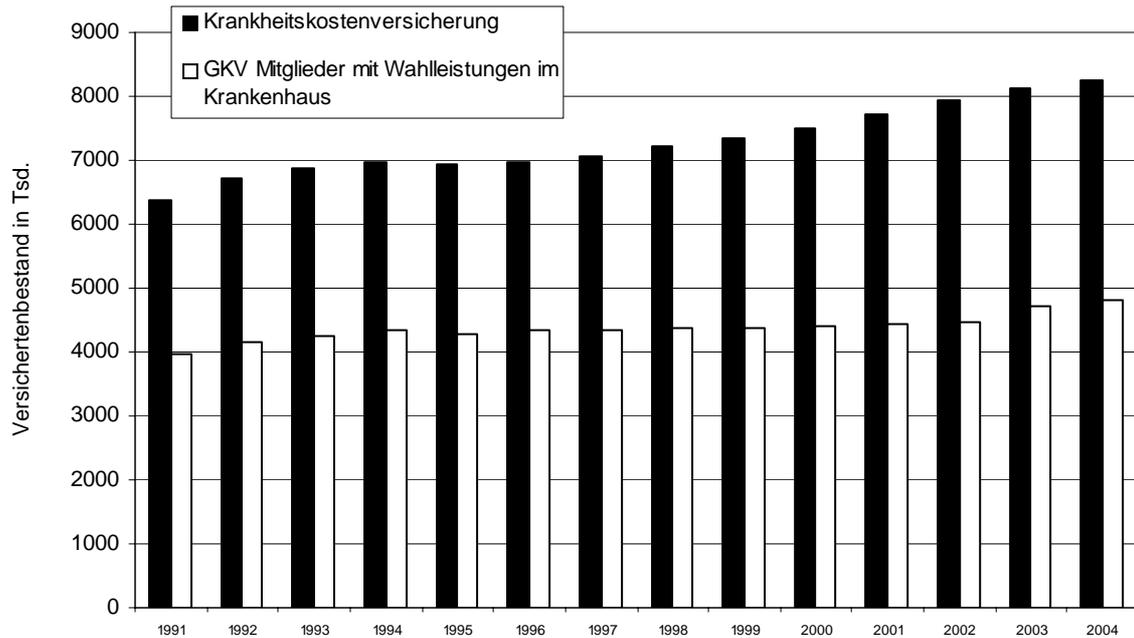


Abbildung 2: PKV Anzahl der Versicherten im Bestand in Tsd., Jahre 1991 bis 2004

Erläuterung: Krankheitskostenversicherung: Vollversicherte in der PKV. Wahlleistungen: Gesetzlich Versicherte, die sich zusätzlich für Wahlleistungen absichern (beispielsweise Einzellzimmer oder Chefarztbehandlung). Quelle: Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK)

Zahler	in Mio. Euro		Empfänger	in Mio. Euro
Ersatzkassen	3.814		AOK	13.120
Betriebskrankenkassen	8.734		Bundesknappschaft	1.549
Innungskrankenkassen	263			

Abbildung 3: Transferzahlungen im derzeitigen Risikostrukturausgleich, Jahr 2004

Quelle: Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK)

2 Methode

Als Datengrundlage für unsere Berechnungen dienten die öffentlich zugänglichen Daten des Sozio-Ökonomischen Panel (SOEP).¹¹ Herangezogen wurde das Befragungsjahr 2004 (sogenannte Welle ‚u‘) sowie ergänzend Daten des RSA des Bundesversicherungsamtes (BVA) des Jahres 2004. Aus den RSA-Daten des BVA wurden die durchschnittlichen jährlichen Gesundheitsausgaben pro Person differenziert nach Alter und Geschlecht bestimmt. Diese wurden den Personen des SOEP-Datensatzes zugewiesen. Dies bedeutet, dass die Leistungsausgaben nach Alter und Geschlecht für Versicherte der PKV und GKV als gleich hoch angenommen wurden.

Der Personendatensatz des SOEP wurde mit dem Kinderdatensatz des SOEP zusammengefügt. Die Einkünfte der Kinder wurden auf null gesetzt. Der Versichertenstatus (PKV versus GKV) der Kinder wurde vom Haushaltsvorstand übernommen. Lag der Versichertenstatus des Haushaltsvorstands nicht vor, wurde alternativ der Versichertenstatus des Partners des Haushaltsvorstands, der Mutter bzw. des Partners der Mutter übernommen. Alle anschließenden Berechnungen wurden mittels der Hochrechnungsfaktoren des SOEP auf die gesamte Bevölkerung Deutschlands hochgerechnet.

Für jede Person wurden die potentiellen beitragspflichtigen Einkünfte (BPE) bestimmt. Dazu wurden personenspezifisch die Einkünfte des Vorjahrs in den folgenden Bereichen bestimmt und aggregiert: Lohn/Gehalt, selbständige/freiberufliche Tätigkeit, Nebenerwerb, Rente, Witwen- und Waisenrente, Arbeitslosengeld (zu 80%), Arbeitslosenhilfe, Unterhaltsgeld, Urlaubsgeld, 13./14. Monatsgehalt und Weihnachtsgeld. Das BPE wurde als Minimum der personenspezifischen Einkünfte und der jährlichen Beitragsbemessungsgrenze von 42.750 Euro (Jahr 2006) berechnet.

Zunächst wurden die gesamten Gesundheitsausgaben sowie das gesamte BPE getrennt in zwei Gruppen nach Versichertenstatus (GKV versus PKV) bestimmt. Die Gesundheitsausgaben aller Versicherten der GKV und PKV wurden durch das BPE aller Versicherten der GKV und PKV geteilt. Das ist die Rate am BPE, die GKV und PKV unter Einbeziehung der PKV in den RSA durchschnittlich für Gesundheitsausgaben aufbringen müssen. Diese Rate wurde mit dem BPE der GKV multipliziert. Es resultierten die Gesundheitsausgaben, die unter Einbeziehung der PKV in den RSA

von der GKV bewältigt werden müssten. Diese wurden von den tatsächlich anfallenden Gesundheitsausgaben der GKV abgezogen. Die Differenz gab den Betrag an, den die PKV im Zuge eines RSA an die GKV zahlen müsste.

3 Ergebnisse

Die Einbeziehung der PKV auf der Seite der Finanzkraft, also der beitragspflichtigen Einkünfte der Mitglieder, in den RSA würden nach unserer Abschätzung im Saldo einen Mittelzufluss von 9,9 Mrd. Euro in die GKV bewirken (Beitragsbemessungsgrenze Jahr 2006).

Aus der Systematik des RSAs heraus bleibt jedoch unbekannt, ob und welche konkreten privaten Krankenversicherungsunternehmen in welcher Höhe mit den Einzahlungen belastet würden. Ebenso ist unbekannt, ob und welche gesetzlichen Krankenkassen profitieren würden. Für eine solche Abschätzung wären weitergehende Angaben über die konkrete Mitgliedschaft in spezifischen Krankenversicherungsunternehmen für gesetzlich und privat Versicherte notwendig, die uns nicht vorlagen.

Würde die Transfersumme pauschal auf alle Verträge der PKV umgelegt, ergäbe sich eine Mehrbelastung von rund 1.190 Euro pro Jahr beziehungsweise rund 100 Euro pro Monat und pro Versicherungsvertrag. Diese Abschätzung bezieht sich jedoch nur auf eine Gleichverteilung der Transfersumme auf Verträge, bei einer konkreten Umsetzung können sich abweichende Verteilungen ergeben. Dies gilt insbesondere, sofern eine dem derzeitigen RSA vergleichbare Orientierung der Beiträge an der Leistungsfähigkeit umgesetzt würde.

Eine zusätzliche Transfersumme von 9,9 Mrd. Euro würde in der gegenwärtigen Systematik der GKV eine dortige pauschale Beitragssatzabsenkung um rund einen Prozentpunkt bedeuten. Diese Abschätzung ist jedoch mit Unsicherheiten verbunden, da eine vollständige Einbeziehung der PKV auch den Beitragsbedarf der PKV-Krankenversicherung einbeziehen müsste. Daraus können sich weitergehende Effekte ergeben, die auch in Transfers von heutigen GKV-Krankenkassen zu PKV-Krankenversicherungen münden können.

¹¹ Siehe <http://www.diw.de/deutsch/sop/uebersicht/index.html#1.1> (Zugriff 07.07.2006)

4 Diskussion

Unsere Abschätzung einer Einbeziehung der PKV in den RSA nach § 266 SGB V ergab auf der Basis der SOEP Daten und der Ausgabenprofile des RSAs ein Transfervolumen von 9,9 Mrd. Euro zwischen dem PKV-System und dem GKV-System.

Die von uns durchgeführte Abschätzung des fiskalischen Effekts wurde nach unserem besten Wissen in anderen Studien bisher nicht durchgeführt. Andere Studien legten den Schwerpunkt auf Abschätzungen von Finanzströmen auf der Ausgabenseite. Relevante Faktoren sind dabei unterschiedliche Morbiditäten und dadurch ausgelöste Mehr- oder Mindermengen, unterschiedliche Leistungsspektren der Versicherungssysteme und dadurch ausgelöste zusätzliche Leistungsinhalte und schließlich unterschiedliche Erlöse pro Leistung, insbesondere verursacht aus abweichenden Gebührenordnungen. Diese Mengen- und Preiseffekte wurden von Niehaus & Weber (2005) mit 8,531 Mrd. € im Jahr 2003 ermittelt. Eine Aufspaltung in einen Mengen- und Preiseffekt wurde nach Hauptleistungsbereichen der Krankenversicherung versucht, jedoch nicht quantifiziert. Die Autoren verweisen darauf, dass dieser Mehrumsatz den Leistungserbringern des Gesundheitssystems zur Verfügung steht und somit indirekt auch der Sicherstellung der Versorgung in der GKV dienen kann. Welche regionalen Effekte, Anreizeffekte zur Patientenselektion oder Qualität der Versorgung sich ergeben, wird von den Autoren nicht tiefer diskutiert. Entscheidend zur Abgrenzung gegenüber unserer Studie ist, dass sich der dort ermittelte Mehrumsatz unmittelbar auf der Ausgabenseite ergibt. Die von uns betrachtete Einnahmenseite der Krankenversicherungssysteme bleibt davon unberührt. Eine Einbeziehung der PKV in den RSA wird von den Autoren Niehaus & Weber insbesondere aufgrund von Umsetzungsproblemen verworfen. Andere Beiträge teilen diese Einschätzung jedoch nicht.¹²

Unsere Studie hat mehrere Einschränkungen. Erstens wurde von uns angenommen, dass die Ausgabenprofile von gesetzlich und privat Versicherten identisch sind in Bezug auf die standardisierten Leistungsausgaben nach Alter und Geschlecht. Empirische Untersuchungen erkennen oftmals geringere Morbiditäten bei privat Versicher-

¹² Vgl. beispielsweise zuletzt die Ausführungen des Sachverständigenrates zu der Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleichs zwischen PKV und GKV in einem System der Bürgerpauschale. *Sachverständigenrat* (2006, Ziffer 302)

ten, jedoch vergleichbare Ausgaben.¹³ Trifft die Annahme geringerer Morbidität zu, würde sich das Transfervolumen von der PKV in Richtung GKV bei einer Zugrundelegung der vollständigen Systematik des RSAs erhöhen, so dass unsere Annahme eher eine konservative Schätzung darstellt.

Zweitens wurde, mit der ersten Einschränkung zusammen hängend, nicht auf die im Gesetz bereits vorgesehene Erweiterung des RSAs auf eine weitergehende Morbiditätsorientierung eingegangen. Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die Risikostrukturausgleichsverordnung dahin gehend geändert, dass in § 31 ein Versichertenklassifikationsmodell zur besseren Abschätzung der Morbidität der Versicherten vorgesehen wird. Die Regelung soll ab 2009 gelten. Da deren konkrete Umsetzung jedoch noch offen ist, scheint eine Einbeziehung derzeit spekulativ im Hinblick auf die einsetzbaren Morbiditätskriterien. (Siehe § 268 SGB V)¹⁴ Es sei nochmals betont, dass unsere Abschätzung lediglich die abweichende Finanzkraft, gemessen an den beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten, einbezieht.

Drittens wurde von uns keine Verteilung auf einzelne Krankenversicherungsunternehmen vorgenommen, da entsprechende Daten nicht vorlagen. Quantitative Auswirkungen auf Beitragssätze und Versicherungsverträge können daher nur pauschal beantwortet werden.

Viertens wurde von uns keine Verrechnung mit bereits bestehenden Transfers aus dem PKV-System in das GKV-System vorgenommen. Diese werden oftmals angeführt, um die aus einer Einbeziehung der PKV in den RSA erwartbaren Transferzahlungen zu kompensieren. Diese saldierenden Berechnungen sollen hier nicht evaluiert werden.¹⁵ Insbesondere soll nicht auf abweichende Anreizstrukturen aus einer Transferzahlung in den RSA oder über Vergütungsregelungen an Leistungserbringer eingegangen werden.

Fünftens gehen wir nicht auf die mögliche Umsetzung der Erhebung der Transfersumme bei der PKV ein. Insbesondere müsste eine solche Untersuchung die abweichenden Vertragsbeziehungen in der PKV (insbesondere die beitragspflichtige Versi-

¹³ Vgl. *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit* (2003), S. 153. Angaben über Ausgaben finden sich beispielsweise im Statistischen Taschenbuch des *Bundesministeriums für Gesundheit* (2005), S. 10.9. Aufgrund der abweichenden Leistungskataloge und abweichenden Anreizen, wie etwas Beitragsrückerstattungen, ist die Vergleichbarkeit der Ausgaben jedoch eingeschränkt.

¹⁴ Zur kritischen Diskussion des morbiditätsorientierten RSA vgl. beispielsweise *König W.* (2003).

¹⁵ Vgl. *Niehaus, F. / Weber, C.* (2005).

cherung von Ehepartnern und Kindern), Datenverfügbarkeiten (Angaben zum BPE pro Mitglied), Anreizstrukturen (Beitragsrückerstattungen mit Auswirkungen auf die Leistungsanspruchnahme) und arbeitsrechtliche Bedingungen (Beihilfesystem bei Beamten) berücksichtigen.

Unsere Studie basiert zusammenfassend auf einer Abschätzung des fiskalischen Effekts, der sich aus den parallel bestehenden Zweigen der Krankenversicherung ergeben.¹⁶ Die Analyse für Vor- und Nachteile der beiden Systeme, beziehungsweise der Vor- und Nachteile von parallel existierenden Wettbewerbsrahmen in der Krankenversicherung, wurde hier nicht durchgeführt. Aus der Studie lässt sich somit keine Überlegenheit für eines der Wettbewerbssysteme in der Krankenversicherung ableiten.

Werden normative Annahmen darüber getroffen, welche Finanzierungstarife gewählt werden sollen, zeigt unsere Studie hingegen die fiskalischen Effekte auf. Aufgrund der durchschnittlich höheren beitragspflichtigen Einkünfte der Mitglieder der PKV ergäbe sich bei einheitlichem RSA ein Finanzierungsanspruch des Systems der GKV. Wird normativ eine solidarische Finanzierung der Krankenversicherung nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Mitglieder für die gesamte Gesellschaft befürwortet, ergäben sich aus unserer Studie Argumente für eine stärkere Einbeziehung der PKV in den RSA.

Literaturverzeichnis

Böhnke, A. C. (2004): Quersubventionierung zwischen den Krankenversicherungssystemen GKV und PKV, in: Schulz-Nieswandt F. (Hrsg.), *Schriften zur Sozialpolitik*, Band 16, Weisen.

Bundesministerium für Gesundheit (2005): *Statistisches Taschenbuch Gesundheit*, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003): *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme*, Bericht der Kommission, Berlin.

Bundesregierung (2001): *Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung*, Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/5681 vom 28.03.2001.

¹⁶ Vgl. *Lüngen M. / Gerber A. / Redaelli M. / Stock S.* (2006):

Glazer, J. / McGuire, T. G. (2000): Optimal Risk Adjustment in Markets with Adverse Selection: An Application to Managed Care, in: The American Economic Review, 90. Jahrgang, Heft 4, S. 1055-1071.

König W. (2003): Was signalisiert der Beitragssatz, in: Forum für Gesundheitspolitik, 9. Jahrgang, Heft 5, S. 352-358.

Lauterbach K. / Lungen M. (2005): Konzepte zu einem diagnose- und verordnungsorientierten Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S), 59. Jahrgang, Heft 1-2, S. 20-27.

Lungen M. / Gerber A. / Redaelli M. / Stock S. (2006): Das Krankenversicherungssystem in Deutschland. in: Lauterbach K, Brunner H, Stock S. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie für Mediziner. Bern: Huber; 2006:101-132.

Niehaus, F. / Weber C. (2005): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen. Gutachten des wissenschaftlichen Instituts der PKV, Köln.

Newhouse, J. P. / Buntin Beeuwkes, M. / Chapman, J. D. (1997): Risk Adjustment And Medicare: Taking a closer look, in: Health Affairs, 16. Jahrgang, Heft 5, S. 26-43.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2006): Widerstreitende Interessen – ungenutzte Chancen, Jahresgutachten 2006/07, Wiesbaden, Dezember 2006.

Schneider, W. (1995a): Das Recht der Kassenwahl 96, in: DOK, Heft 3, S. 67-76.

Schneider, W. (1995b): Das Recht der Kassenwahl 96, in: DOK, Heft 4, S. 144-154.

Schulz E. / Kifmann M. / Breyer F. (2001): Risikostrukturausgleich am Scheideweg – Senkung der Wirtschaftlichkeitsanreize für die Krankenkassen sollte vermieden werden, DIW Wochenbericht 14 aus dem Jahr 2001.