

Technische Universität Berlin



Wege zu einer neuen oder aus der Dualität von
GKV und PKV

Klaus-Dirk Henke

Diskussionspapier 2007/6

Herausgegeben von der

Wirtschaftswissenschaftlichen Dokumentation

- Fakultät VII -

Straße des 17. Juni 135, 10623 Berlin

ISSN 0944-7741

Technische Universität Berlin

Fakultät VII, Wirtschaft und Management

Autor; Korrespondenzadresse

Prof. Dr. rer. pol. Klaus-Dirk Henke

Technische Universität Berlin, FAK VII – Wirtschaft und Management
Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsrecht, Fachgebiet
Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie
Sekt. H 51, Strasse des 17. Juni 135, 10623 Berlin

Tel: 0049-30-314 25 466

E-Mail: k.henke@finance.ww.tu-berlin.de

Wirtschaftswissenschaftliche Dokumentation

Strasse des 17. Juni 135, Sekt. H 56

D-10623 Berlin

www.ww.tu-berlin.de

ausleihe@ww.tu-berlin.de

Wege zu einer neuen oder aus der Dualität von GKV und PKV¹

Klaus-Dirk Henke, TU Berlin

Abstract

This article deals with the future of the health insurance system in Germany. It analyses both the statutory system and the private health insurers. Particular emphasis is put on the Social Health Insurance Competition Strengthening Act 2007 according to which Private Health Insurances will be more affordable for lower income individuals by requiring private insurers to offer a basic benefit package at lower premiums. In this new environment the question of a possible privatization of the Statutory Health Insurance System arises, a development the Dutch health care system experienced recently. The core idea is to built up non-profit-organisations on the basis of private law. The cons and pros of this new legal framework for the German health insurance system are carefully discussed.

Kurzfassung

Im Mittelpunkt des Beitrags steht die künftige Absicherung des Krankheitsrisikos in privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen in Deutschland. Vor dem Hintergrund des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) werden Möglichkeiten einer Privatisierung der GKV analysiert. Dabei steht eine genossenschaftliche Ausrichtung des Versicherungssystems im Vordergrund. Diese Entstaatlichung der GKV, die in Holland seit einiger Zeit verwirklicht ist, wird sorgfältig evaluiert. Ein privatwirtschaftlicher Rechtsrahmen am Beispiel der Genossenschaft steht am Ende mit seinen Nach- und Vorteilen zur Diskussion.

Gliederung

1.	Zur Finanzierung der Absicherung von Lebensrisiken	2
2.	Zum Status Quo von PKV und GKV bis zum 1. April 2007.....	4
3.	Die neue Gesetzeslage für PKV und GKV und ihre Dualität	8
3.1.	Die Veränderungen im Überblick	8
3.2.	Der zukünftige Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung.....	10
4.	Zur zukünftigen Kassenarten- und Kostenträgerstruktur	13
4.1.	Ausgangslage	13
4.2.	Eine Rolle der Genossenschaften im Krankenversicherungsschutz	15
4.3.	Integrierte Versorgung und genossenschaftliche Krankenversicherung als Ausgangspunkt für eine zukünftige Verknüpfung von Finanzierungs-, Leistungs- und Vergütungsverantwortung	19
5.	Fazit: Mehr Markt im Gewährleistungsstaat.....	21
6.	Anhang: Rechtsformvergleich	23
7.	Literaturverzeichnis.....	29

¹ Der Verfasser bedankt sich bei Herrn Dipl.-Volkswirt Jan Bungenstock, TU Berlin, und zwei Gutachtern für hilfreiche Hinweise und Verbesserungsvorschläge.

1. Zur Finanzierung der Absicherung von Lebensrisiken

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es, ähnlich wie in anderen europäischen und außereuropäischen Ländern, eine Sozialversicherung, deren Haushalte vom Grundsatz her getrennt von den Haushalten der Gebietskörperschaften geführt und finanziert werden. Die sog. Sozialfisci nehmen öffentliche Aufgaben wahr und finanzieren sich über Zwangsabgaben bzw. Pflichtbeiträge². Die Sozialabgaben sind ähnlich wie Steuern Zwangsabgaben, aber im Gegensatz zu den Steuereinnahmen ist mit ihnen ein direkter Anspruch der Versicherten auf Gegenleistungen verbunden.

Die in ihrer Gründung auf Bismarck zurückgehende Sozialversicherung mit ihren hoheitlichen Funktionen und unterschiedlichen Zweigen soll die Bevölkerung gegen bestimmte Lebensrisiken schützen.³ Dabei handelt es sich u.a. um Arbeitslosigkeit, Unfälle, Krankheit, Pflegebedürftigkeit, aber auch um das Sicherstellen von Alterseinkünften.

Die Finanzierung der Daseinsvorsorge kann unterschiedliche Formen annehmen. Im Vordergrund stehen aber stets das Leistungsfähigkeitsprinzip (ability-to-pay principle), das in der Einkommensbesteuerung eine besondere Rolle spielt, und das Äquivalenzprinzip (benefit-principle), das im Vordergrund von Versicherungen steht. Es geht um die Frage, ob empfangene Leistungen oder die finanzielle Leistungsfähigkeit als Maßstab für die Erhebung von Zwangsabgaben im Vordergrund stehen sollen. Diese beiden normativen Fundamentalprinzipien der Staatsfinanzierung gilt es für die Realität auszugestalten.

Aus der Abbildung 1 sind überblicksartig Gestaltung und Finanzierung der Absicherung von Lebensrisiken aufgezeigt. Dort wird deutlich, dass die beiden Grundprinzipien im Vordergrund der Diskussion stehen.⁴ So gibt es in Deutschland den freiwilligen Abschluss einer gesetzlichen Versicherung und den gesetzlich verfügten Abschluss einer privaten Versicherung; beides ist nicht nur vorstellbar sondern realisiert (z.B. in der Autohaftpflichtversicherung oder der Krankenversicherung). Damit zeigt sich von der Finanzierungsseite her eine Dualität im Mittelaufkommen. Sie schlägt sich im Rechtsrahmen einer privaten und einer gesetzlichen Versicherung nieder.

² Siehe zur Parafiskalität und Kollektivguttheorie; Göpfarth (2007); S. 107 - 125

³ Siehe im Einzelnen und zur historischen Entwicklung; Lampert; Althammer (2007): 63ff.

⁴ Siehe im Einzelnen zu den beiden Prinzipien; Zimmermann; Henke (2005): 159ff.

Im Grunde spielt sich die Diskussion um die Finanzierung der Sozialversicherung seit Jahrzehnten in dem Bereich zwischen risikoorientierten Prämien, einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen und einer Steuerfinanzierung (z.B. in Form eines Bundeszuschusses) ab.⁵ Durch die Art der Mittelaufbringung ergeben sich die Bezüge zu den beiden Abgabeprinzipien mit einer marktmäßigen Äquivalenz, einer kosten- und gruppenmäßigen Äquivalenz⁶ und dem Leistungsfähigkeitsprinzip. Im letzteren Fall geht es um die Finanzierung von öffentlichen Aufgaben nach der individuellen Leistungsfähigkeit, d.h. unabhängig von der näheren Beschreibung des Finanzierungsgegenstandes und ohne individuellen Anspruch auf Gegenleistung. Bei einer Versicherung steht die Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung im Mittelpunkt, wobei sich das versicherungstechnische Äquivalenzprinzip am Markt noch einmal von dem Versicherungsprinzip in der Sozialversicherung unterscheidet⁷.

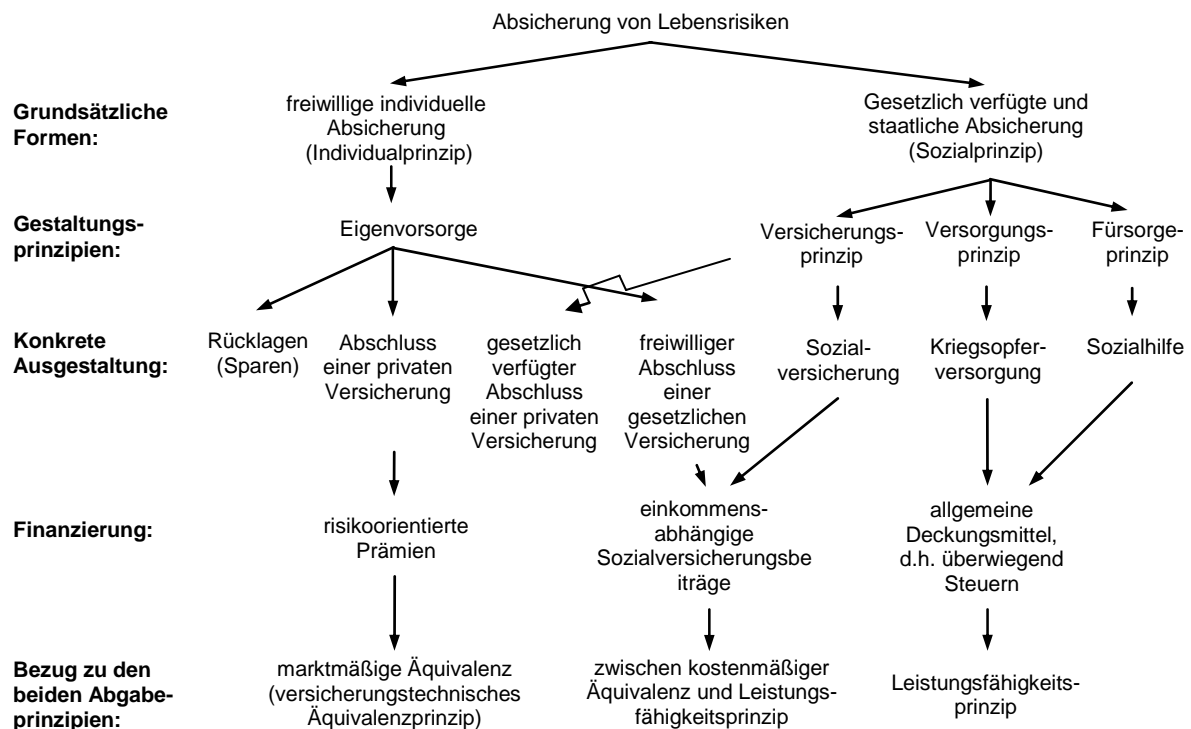
Die Dualität in der Mittelaufbringung schlägt sich auch in den realen Formen der Absicherung des Krankheitsrisikos nieder. Bei der Abdeckung der individuellen Risiken nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip stehen Prämien im Vordergrund, die dem Erwartungswert der Leistungen für das Individuum entsprechen. Nach diesem Prinzip sind tendenziell die Tarife der privaten Lebens- oder Krankenversicherungen gestaltet. Sie unterliegen einer öffentlichen Aufsicht, bedürfen also der Genehmigung und unterliegen dementsprechend der Kontrolle. In der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt die Finanzierung überwiegend aus dem versicherungspflichtigen Einkommen als Bemessungsgrundlage; sie unterliegt ebenfalls einer Versicherungsaufsicht, getrennt nach regional und überregional tätigen Krankenversicherungen.

⁵ Siehe im Einzelnen Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2004).

⁶ Siehe hierzu vor allem Haller (1981): 16ff.

⁷ Siehe zum Systemwettbewerb innerhalb Europa zwischen steuer- und beitragsfinanzierten Systems vor allem Maydell et al. (2006) Enabling Social Europe, Berlin

Abbildung 1: Absicherung von Lebensrisiken: Gestaltung und Finanzierung.



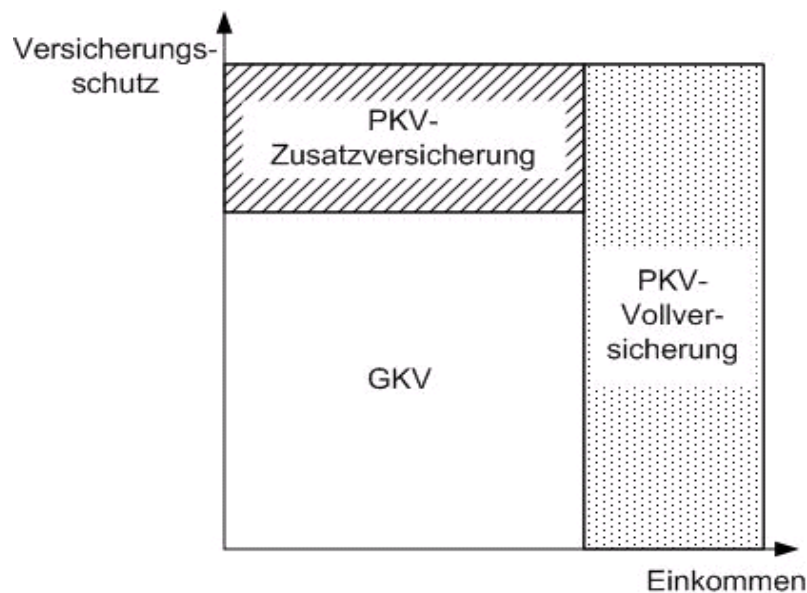
Quelle: Zimmermann; Henke (2005): 165.

2. Zum Status Quo von PKV und GKV bis zum 1. April 2007

Wirft man einen Blick auf die derzeitige Situation der privaten und öffentlich-rechtlichen Absicherung des Krankheitsrisikos in Deutschland ergibt sich folgendes Bild (Abbildung 2). Eine gesetzlich verfügte Grundsicherung in der GKV verbunden mit individuellen Zusatzversicherungen der PKV auf der einen Seite und die PKV-Vollversicherung auf der anderen Seite beschreiben die Dualität der Versicherungssysteme in Deutschland.

Die PKV bietet eine Vollversicherung für die Beamten und alle Selbständigen sowie für die Teile der Bevölkerung, die mit ihrem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegen. Zusätzlich bietet die PKV Zusatzversicherung für Versicherte der GKV an. Tarifiert wird jeweils nach den Risikofaktoren (Alter, Geschlecht und Vorerkrankung).

Abbildung 2: Dualität im Status Quo.



Quelle: Eigene Darstellung.

Fasst man die Dualität überblicksartig zusammen, so ergibt sich folgende Übersicht (Abbildung 3) zum 1. April 2007, dem Tag des Inkrafttretens des Gesundheitsreformgesetzes 2007 (GKV-WSG) für die GKV und für die PKV. Die spiegelstrichartige Auflistung ihrer Merkmale zeigt deutlich die Unterschiede und Besonderheiten der beiden historisch gewachsenen Systeme. Die aufgeführten 11 Charakteristika gelten partiell auch weiterhin. Diese Dualität ist in ihrer gewachsenen Form mit der Kapitaldeckung in der PKV ein weltweit einmaliges Modell, das in Hinblick auf die Kapitalbildung bisher nur vereinzelt ins Ausland übertragen wurde. Angesichts der angestrebten Demographieresistenz der Alterungsrückstellungen verwundert es, dass diese Finanzierungsform angesichts der demographischen Herausforderung bisher nicht in andere Länder in größerem Ausmaß übertragen werden konnte.

Die gesetzliche Krankenversicherung als rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts ist durch die Organisationsform der Selbstverwaltung gekennzeichnet.⁸ Die Private Krankenversicherung tritt als juristische Person des privaten Rechts und damit als Handelsgesellschaft an den Markt. Zugelassene Rechtsformen sind die Aktiengesellschaft (AG) sowie der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG).⁹ In der AG sind die Versicherten nicht zugleich die Aktionäre, die als primäres Ziel die Gewinnmaximierung verfolgen. Deshalb strebt die AG eine Maximierung der Rendite an, die den Versicherten nur

⁸ Siehe zur Selbstverwaltung im Einzelnen Simon (2005).

⁹ Vgl. § 7 I VAG

zugute kommt, sofern sie auch Aktionäre der Versicherung sind. Demgegenüber liegt dem VVaG als „Non-Profit-Organisation“ die Idee der Selbsthilfe zugrunde. Der Versicherte erwirbt durch den Abschluss eines Versicherungsvertrages die Mitgliedschaft im VVaG. Der erwirtschaftete Gewinn in Form reduzierter Versicherungsprämien fließt an die Mitglieder zurück. Besonderheiten ergeben sich allerdings aus dem §12a VAG und der Verzinsung der Alterungsrückstellungen.

Abbildung 3: GKV und PKV im Status Quo bis zum 1. April 2007.

1) GKV: Status Quo bis zum 01.04.2007

- 1) Ein Zweig der gesetzlichen Sozialversicherung
- 2) Umlagefinanzierung ohne Kapitalbildung
- 3) Verträge mit den Leistungsanbietern
- 4) Einkommensbezogene Beiträge mit Beitragsbemessungsgrenze
- 5) Familienmitglieder sind beitragsfrei mitversichert
- 6) Überwiegend Sachleistungsprinzip
- 7) Sozialrechtlich gebundener Wettbewerb auf der Grundlage eines Risikostrukturausgleichs
- 8) Art und Umfang der Gesundheitsleistungen sozialrechtlich definiert
- 9) EBM als Grundlage der Abrechnung der erbrachten Leistungen im ambulanten Bereich
- 10) Rechtsform der Versicherungen: Rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts
- 11) Rechtsgrundlagen: SGB V

2) PKV: Status Quo bis zum 01.04.2007

- 1) Äquivalenzprinzip mit Kapitaldeckung
- 2) Privatrechtliche Verträge
- 3) Kostenerstattungsprinzip
- 4) Große Tarifvielfalt
- 5) Gesonderte Beiträge für Familienmitglieder
- 6) Starker Wettbewerb um (junge) Neukunden
- 7) Einkommensselektion nach Maßgabe der Versicherungspflichtgrenze entsprechend politischer Vorgaben (Arbeitnehmer)
- 8) Eingeschränkter Wettbewerb um Bestandskunden
- 9) GÖÄ als Grundlage der staatlichen Gebührenordnung im ärztlichen Bereich
- 10) Rechtsformen der Versicherungen: VVaG, AG
- 11) Rechtsgrundlagen: BGB, VVG, AVB

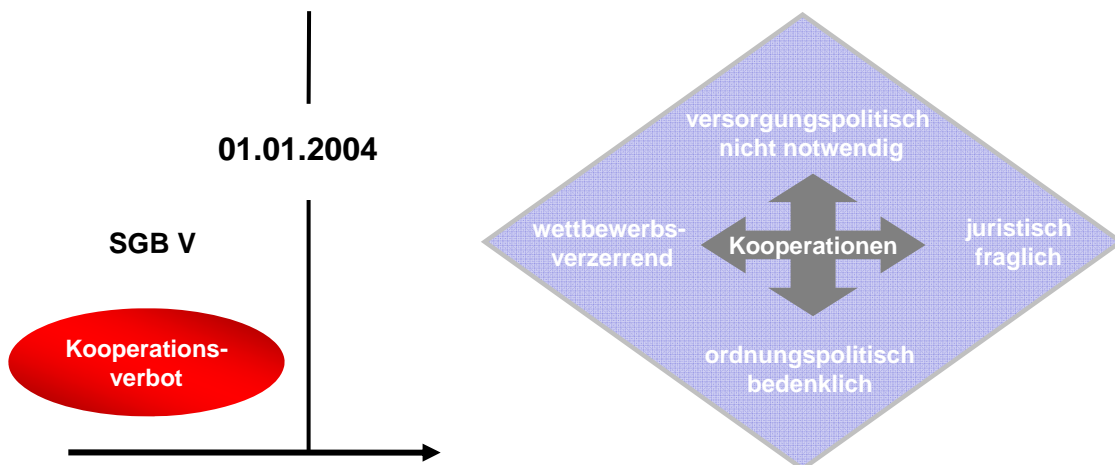
Quelle: Eigene Darstellung.

Das Nebeneinander der Versicherungssysteme erlaubte bis zum 1. Januar 2004 keine Kooperation zwischen der PKV und GKV. Erst im Jahre 2004 begann auf der Grundlage des § 194 (1a) SGB V und wie aus der Abbildung 4 angedeutet im Bereich der

Zusatzversicherungen eine Kooperation. Von gesetzlich Versicherten gewünschte Zusatzversicherungen sind im Rahmen dieses neuen Geschäftsfeldes durch ihre Kasse in Kooperation mit Privatversicherungen vermittelt worden.

Abbildung 4: Kooperation GKV - PKV im Geschäftsfeld der Zusatzversicherung.

Paradigmenwechsel in der GKV



§ 194 Ia SGB V: „Die Satzung kann eine Bestimmung enthalten, nach der die Krankenkasse den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln kann.“

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung e. V..

Obwohl das Kooperationsgeschäft vor dem Hintergrund des bis zum 1. Januar 2004 geltenden Verbots seitens des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen als

- versorgungspolitisch nicht notwendig,
- wettbewerbsverzerrend,
- ordnungspolitisch bedenklich und
- juristisch fraglich

eingestuft wurde, gibt es mittlerweile über 1.000.000 Verträge im sog. „kleinpreisigen Massengeschäft“. Durch diese bestehende Form der Kooperation zwischen PKV und GKV entsteht möglicherweise seitens der Bevölkerung mehr Nachfrage nach weiteren Möglichkeiten der Zusammenarbeit, u.a. auch nach Zusatzversicherungen und Wahltarifen außerhalb der bestehenden Kooperation. Die GKV würde dann u.U. ihrerseits vor dem Hintergrund der Liberalisierung des Vertragsrechts und neuer Versorgungsformen im Gesundheitswesen weitere Geschäftsfelder übernehmen.

Nicht alle Versicherungen beteiligten sich jedoch an der in Tabelle 1 beschriebenen Kooperation wie die Übersicht mit den Kooperationspartnern zwischen PKV und GKV zeigt

(Abbildung 5).

Tabelle 1: Kooperationspartner zwischen PKV und GKV.

Private Krankenversicherungen	Gesetzliche Krankenversicherungen
Alte Oldenburger	1 AOK
Barmenia	BKK/BV
Consal	3 AOK
Central	TK
DKV	13 AOK/BKK
Hall. Nationale	Knappschaft
HanseMercur	DAK
HUK	Barmer
LVM	KKH
Signal	IKK BV
SDK	GEK
Victoria	BKK/IKK/LHK

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung e. V..

Angesichts dieser Situation ergibt sich eine neue Arbeitshypothese aus der Frage: Beleben Leistungskürzungen in der GKV ihren Wunsch nach Kooperation mit der PKV? Diese Vermutung lässt sich nicht mehr im alten Kontext beantworten, da der Gesetzgeber mit der Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG) vom 1. April 2007 neue und nicht unumstrittene Wege in der Dualität von PKV und GKV einschlägt.

Die in den beiden Übersichten der Abbildung 3 wiedergegebene Dualität wurde in der Vergangenheit durch die Einführung von mehr Wettbewerb sowie mehr Wahl- und Wechselmöglichkeiten in der GKV in den 90er Jahren nachhaltig und wohl dauerhaft verändert.

3. Die neue Gesetzeslage für PKV und GKV und ihre Dualität¹⁰

3.1. Die Veränderungen im Überblick

Während die „alte“ private Krankenversicherung unterschiedliche Teil- und Vollversicherungstarife anbietet und darüber hinaus einen sog. Standardtarif, der nur für einen begrenzten Personenkreis zugänglich war, ist die PKV ab 2009 verpflichtet, einen Basistarif

¹⁰ Siehe hierzu insbesondere und im Einzelnen Orlowski; Wasem (2007).

zu bezahlbaren Prämien anzubieten, der im Leistungsumfang dem der GKV vergleichbar sein soll.

Der Basistarif ist durch seinen Kontrahierungszwang gekennzeichnet und kann von all denen gewählt werden, die in der PKV versichert sind oder dort versichert sein könnten, wie die freiwilligen Mitglieder der GKV. Zwischenzeitlich wird ab 1. Juli 2007 allen bisher Nichtversicherten der Zugang zum sog. modifizierten Standardtarif ermöglicht ohne Risikozuschläge und mit Behandlungspflicht. Dieser wird zum 1. Januar 2009 für Neuzugänge geschlossen und vom Basistarif abgelöst. Die Höhe des Tarifs richtet sich nur nach Alter und Geschlecht und darf nicht über dem durchschnittlichen Höchstbetrag in der GKV (Ende 2007 rund 500 Euro) liegen. Risikoausschlüsse oder Risikozuschläge gibt es nicht.¹¹

Der Versicherungswechsel von der GKV in die PKV wird für freiwillig Versicherte erschwert. Er ist künftig erst möglich, wenn das Jahresarbeitsentgelt in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstiegen hat und auch zu Beginn des nächsten Kalenderjahres höher liegt.

Der Wechsel innerhalb einer und zwischen den PKV-Unternehmen wird im Vergleich zum Status Quo ante durch Kontrahierungszwang und die Portabilität der Alterungsrückstellung im Umfang des Basistarifs erleichtert.

Ab 2009 gilt eine allgemeine Pflicht zur Versicherung, d.h. Nichtversicherte, die zuletzt bei der PKV versichert waren, erhalten ein Rückkehrrecht in den Basistarif. Nichtversicherte, die der PKV zuzuordnen sind, erhalten das Recht, sich im Basistarif zu versichern. Dieser Tarif wird für alle freiwillig in der GKV Versicherten geöffnet. Sie können innerhalb einer Frist von sechs Monaten den Basistarif wählen.

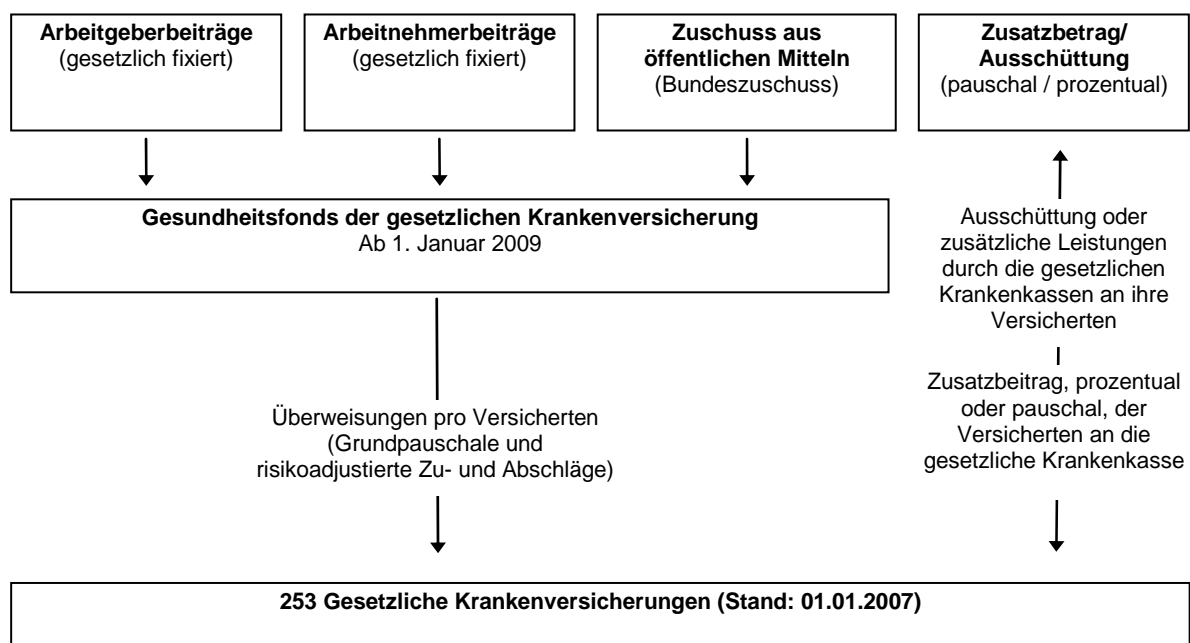
Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung erfolgt über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Vergütung erfolgt nach bestimmten Höchstsätzen der Ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) bzw. nach einer Neugestaltung des vertragsärztlichen Vergütungssystems zum 1. Januar 2009.

¹¹ Die Continentale a.G., eine private Krankenversicherung, wird entsprechend einer Presseerklärung vom 17. Juli 2007 Verfassungsbeschwerde gegen das Wettbewerbsverstärkungsgesetz einreichen. Wesentliche Gründe für die Beschwerde sind der Annahmezwang für Nicht-Versicherte seit 1. Juli 2007 und der Basistarif mit Pflicht zur Versicherung ab 1. Januar 2009. Vgl. Continentale a.G. (2007).

Die Finanzierung der GKV erfolgt, wie in der Abbildung 5 dargestellt über einen Fonds, der als Sondervermögen nach § 271 SGB V vom Bundesversicherungsamt eingerichtet wird. Vom 1. Januar 2009 gelten dort einheitliche und politisch festgesetzte Beitragssätze ähnlich wie in der Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. Die Beitragszahlungen erfolgen zwar weiterhin an die Krankenkassen, werden aber von dort an den Fonds weitergeleitet. Hinzu treten Zuschüsse durch den Bund, die direkt an den Fonds ausgezahlt werden. Zusatzbeiträge, Rückzahlungen bzw. Prämienauszahlungen gehören ebenfalls zur Kennzeichnung der zukünftigen Finanzlage der GKV.¹²

Der Fonds zahlt an die Krankenkassen für ihre Versicherten risikobereinigte Zahlungen nach § 266f SGB V. Damit löst der Fonds praktisch den derzeit bestehenden Risikostrukturausgleich ab.

Abbildung 5: Gesundheitsfonds: Mittelaufbringung und Mittelverwendung.



Quelle: Eigene Darstellung.

3.2. Der zukünftige Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Durch die Reform wird mehr Qualität durch Wahlmöglichkeiten und Transparenz angestrebt, wobei der G-BA Richtlinien für den Leistungsrahmen erlässt und damit die erstattungsfähigen Leistungen festlegt. Die Gesetzlichen Krankenversicherungen sollen Wahltarife (Hausarzttarife, Kostenerstattungstarife, begrenzte Selbstbehalttarife) mit Bindungsfristen für ihre Versicherten anbieten.

¹² Siehe hierzu im Einzelnen Henke (2007 [Im Druck]).

Ob der Fonds die Finanzautonomie tatsächlich durch die politische Festlegung der Beitragssätze stark einschränkt ist strittig. Die zukünftigen Wettbewerbsfelder lassen sich der Abbildung 6 entnehmen. Wie aus der unteren Hälfte der Abbildung zu entnehmen ist, könnte sich ein ausdifferenziertes Angebot aufgrund unterschiedlicher Präferenzen in der Bevölkerung ergeben, so dass sich die sog. Finanzautonomie auf die Leistungsseite der GKV verlagert. Einer Grundversorgung mit Zuzahlungen oder Rückerstattungen kombiniert mit Wahlтарifen (Selbstbehalte, Kostenerstattung, neuen Versorgungsformen, Disease Management Programmen) zu unterschiedlichen Preisen gehört demnach die Zukunft.¹³

Abbildung 6: Gesundheitsfonds (modifizierte Darstellung).



Quelle: Eigene Darstellung.

Allerdings gehört zu diesem Bild des Gesundheitsfonds auch die Übersicht der drei Wettbewerbsfelder in der Krankenversicherung gemäß Abbildung 7. Dort werden die

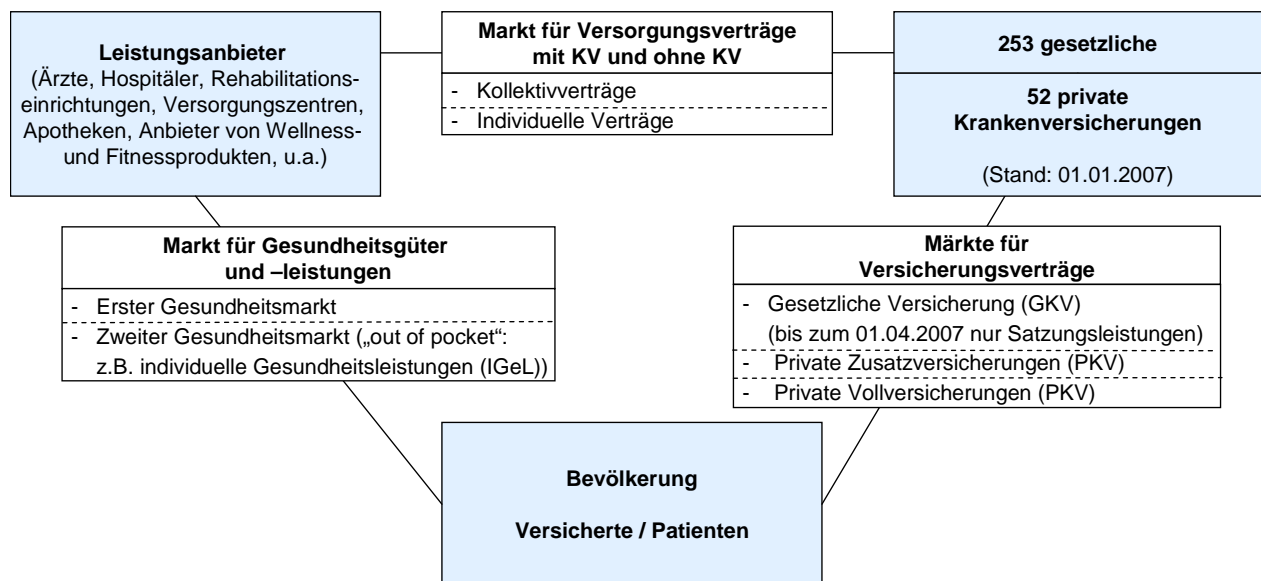
- Märkte für Gesundheitsgüter und Gesundheitsleistungen von den
- Märkten für die Versicherungsverträge sowie von den
- Märkten für die Versorgungsverträge

getrennt, so dass sich die Wettbewerbssituation mit ihren unterschiedlichen Feldern noch deutlicher zeigen lässt als in der Darstellung des Fonds in Abbildung 6.

¹³ Siehe hierzu im Einzelnen z.B. Techniker Krankenkasse (2007).

Im Mittelpunkt steht der Markt für Versorgungsverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und ihren öffentlich-rechtlichen Kollektivverträgen sowie in immer größerem Umfang die Individualverträge, die unabhängig von der Kassenärztlichen Vereinigung direkt zwischen den Krankenversicherungen und den Leistungsanbietern mehr und mehr in privatrechtlicher Form und auch hier und da mit Ärzten ohne Kassenarztzulassung geschlossen werden können.¹⁴

Abbildung 7: Drei Wettbewerbsfelder in der Krankenversicherung, auch nach Einführung des Fonds.



Quelle: eigene Darstellung

Die privaten Krankenversicherungen sind in der Abbildung 7 zwar aufgenommen, spielen aber in dem abgebildeten Zusammenhang am Markt für Versorgungsverträge bisher kaum eine Rolle, da sie unter privatrechtlichen Vertragsbeziehungen mit ihren Versicherten arbeiten. Dennoch nimmt bei ihnen die direkte Kooperation mit Ärzten als Gutachter und Mitarbeiter immer mehr zu. Schließlich möchte auch die PKV mehr und mehr vom „Zahler zum Gestalter“ werden. Hier kommt es aber bislang kaum zu einer engen (vertraglichen) Zusammenarbeit von PKV und Leistungsanbietern und wohl auch nicht in Kooperation mit der GKV.

¹⁴ Vgl. zum Beispiel die Integrierte Versorgung in der Qualität und Effizienz eG (<http://www.que-nuernberg.de>), Kinzigtal/Schwarzwald (<http://www.gesundes-kinzigtal.de/>) oder das Medizinische Versorgungszentrum Polikum in Berlin (<http://www.polikum.de/>).

4. Zur zukünftigen Kassenarten- und Kostenträgerstruktur

4.1. Ausgangslage

Die Entwicklung der Trägerstruktur ist bei den privaten Krankenversicherungen über die Jahre durch eine zahlenmäßige Abnahme der Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit und eine Zunahme der Aktiengesellschaften gekennzeichnet, während die Anzahl der Vollversicherten im VVaG als auch in der AG absolut und bei dem VVaG pro Versicherung relativ gegenüber der AG über die Zeit zugenommen hat. Dort stehen im Jahre 2005 19 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit mit 4,3 Mio. Vollversicherten und 29 Aktiengesellschaften mit 4,0 Mio. Vollversicherten gegenüber.

Abbildung 8: Abnehmende Zahl von VVaG's und zunehmende Zahl von AG's in der PKV.

Jahr	Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit	Anzahl der Vollversicherten	Aktiengesellschaften	Anzahl der Vollversicherten
1990	28	3.452.508	17	2.440.566
1992	22	3.728.062	28	2.632.603
1994	27	3.847.633	26	2.758.285
1996	25	3.709.619	27	3.276.480
1998	23	3.815.729	29	3.397.370
2000	21	3.971.404	29	3.550.195
2002	20	4.068.603	30	3.862.397
2004	19	4.270.161	30	3.989.338
2005	19	4.335.038	29	4.033.761
2006	20	k.A.	28	k.A.

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Die Trägerstrukturen stehen nur selten im Vordergrund; auch innerhalb der privaten Krankenversicherungen sind sie nur ein Randthema, und die Versicherungsaufsicht nimmt an den Wettbewerbsbedingungen zwischen Gewinn maximierenden und nicht Gewinn maximierenden Versicherungsunternehmen keinen Anstoß. Nur der ungleiche Wettbewerb zwischen den privatrechtlichen und öffentlich-rechtlichen Versicherungsunternehmen, z.B. in Fragen der Besteuerung, wird gelegentlich in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung

gelegentlich aufgegriffen.¹⁵ Ebenso stehen die Probleme, die sich aus den unterschiedlichen Rechtsaufsichten ergeben (BaFin für die privaten und das Bundesversicherungsamt für die bundesweit tätigen gesetzlichen Krankenversicherungen) genauso selten auf der Tagesordnung wie die Besonderheiten, die sich aus den Unterschieden zwischen der Bundesversicherungsaufsicht und der uneinheitlichen Landesaufsicht für die nur regional arbeitenden gesetzlichen Krankenversicherungen ergeben.

Während die Anzahl der gesetzlichen Krankenversicherungen von 1209 Kassen im Jahre 1991 auf 253 Kassen Anfang 2007 stark abgenommen hat und weiter im Abnehmen begriffen ist, blieb sie bei der PKV mit fast 50 Versicherungsunternehmen über die Jahre relativ stabil.

Aus Abbildung 8 ist die Situation der GKV überblicksartig zu entnehmen. Es gibt 8 Kassenarten mit 253 Krankenkassen (Stand 1.1.2007), die bundesweit oder regional als rechtsfähige Körperschaften öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung organisiert sind.

Abbildung 8: Anzahl der gesetzlichen Krankenversicherungen.

7 Angestellten-Krankenkassen (vorwiegend bundesweit)

3 Arbeiter-Ersatzkassen (regional und bundesweit)

17 AOKn (regional)

199 BKK (regional und bundesweit)

1 Knappschaft (bundesweit)

16 IKKn (regional und bundesweit)

9 Landwirtschaftliche Krankenkassen (regional)

1 See-Krankenkasse (bundesweit)

Quelle: AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.(2007).

Da sich mit der Gesundheitsreform 2007 deutliche Änderungen in der Dualität der beiden Versicherungssysteme ergeben, stellt sich die Frage nach der mittel- bis langfristigen Weiterentwicklung der Absicherung des Krankheitsrisikos mit den dazugehörigen Trägerstrukturen.

In diesem Zusammenhang werden die öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Trägerstrukturen in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung bisher sehr unterschiedlich thematisiert. Trotz aller zentralistischen Elemente im GKV-WSG spielt die fortschreitende Entstaatlichung der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Liberalisierung des Vertragsrechts und auch vor dem Hintergrund der Privatisierung aller Krankenkassen in Holland¹⁶ im Umfeld der Gesundheitsreformen eine Rolle.¹⁷ Dabei ging es

¹⁵ Siehe beispielhaft: Boetius (1999).

¹⁶ Siehe hierzu aus einer juristischen Sicht Walser (2006).

in aller Regel bisher nicht um einen Ausbau der Aktiengesellschaften mit dem Ziel einer Gewinnmaximierung bzw. dem „shareholder value“ bei der Absicherung des Krankheitsrisikos sondern vielmehr um die Frage, ob die bestehenden Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit mit ihrem genossenschaftlichen Charakter nicht expandieren oder Genossenschaften selbst ein Vehikel zur Privatisierung der GKV in Deutschland sein könnten.¹⁸

In diesem Zusammenhang werfen die privatwirtschaftliche Elemente in der GKV, z.B. mehr Wettbewerb zwischen den Kassen generell und neue kooperative Versorgungsformen im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V speziell, Fragen der zukünftigen Rechtsformen im Krankenversicherungsschutz auf. Medizinische Versorgungszentren nach § 95 SGB V, Klinik-assoziierte Gesundheitszentren und Managementgesellschaften¹⁹ mit komplexen Aufgabenstellungen rücken immer mehr in den Vordergrund. In dieser lebhaften Diskussion um die Entwicklung einer „deutschen managed-care-Versorgung“ wird die Dichotomie zwischen dem Sozialrecht in Form des SGB V und dem Privat- bzw. Wettbewerbsrecht sichtbar und aus europarechtlicher Perspektive noch verstärkt.²⁰ Insoweit hat eine Entstaatlichung immer auch vielfältige steuerrechtliche Konsequenzen, die bisher wohl erkannt aber bei weitem noch nicht gelöst worden sind²¹.

Im Folgenden soll untersucht werden, ob sich Genossenschaften als privatrechtliche Rechtsform als Modell zur weiteren Privatisierung der GKV bzw. im Gesundheitswesen generell eignen und wie sich in diesem Zusammenhang die Frage nach einer neuen Dualität zwischen PKV und GKV bzw. deren Überwindung mittelfristig stellt.

4.2. Eine Rolle der Genossenschaften im Krankenversicherungsschutz

Zusammenschlüsse von Leistungsanbietern zur Bündelung wirtschaftlicher Interessen auf dem Beschaffungsmarkt (Einkaufsgenossenschaft) gibt es bereits; sie entwickeln sich im Wettbewerb genau wie Genossenschaften der Leistungsanbieter.²² Vielmehr steht ein Blick auf die Genossenschaft als neue Form der Krankenversicherung mit ihrem privatrechtlichen

¹⁷ Siehe z.B. Henke (2006)

¹⁸ Vgl. Schulte; Arnold (2006).

¹⁹ Siehe im Einzelnen Heil (2006)

²⁰ Siehe hierzu auch Henke (2005).

²¹ Siehe in diesem Kontext auch Badtke (2007)

²² Siehe Henke; Friesdorf; Marsolek (2005).

Rechtsrahmen im Vordergrund und damit die Privatisierung bzw. Entstaatlichung der gesetzlichen Krankenversicherungen.²³

Obwohl die eingetragene Genossenschaft und der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit in ihrer Tätigkeit kaum Unterschiede aufweisen,²⁴ ist in Deutschland die Genossenschaft als Rechtsform für private und gesetzliche Krankenversicherungen nicht erlaubt (§ 7 I VAG). Die derzeitige GKV kann sich nicht aus sich heraus umgründen, eine Ansicht, die unter Juristen allerdings nicht unumstritten ist. In ersten Ansätzen realisiert ist lediglich, dass eine bestehende gesetzliche Krankenversicherung eine privatrechtliche Gesellschaft gründet, um den zweiten Gesundheitsmarkt zu erschließen.²⁵ Er umfasst allerdings nur diejenigen gesundheitsbezogenen Leistungen, die in der GKV nicht erstattungsfähig sind und daher aus den privaten Konsumausgaben aufgebracht werden müssen.²⁶ Eine Einkaufsgenossenschaft oder eine Genossenschaft als Informationsplattform im zweiten Gesundheitsmarkt ist also grundsätzlich vorstellbar wenn auch im konkreten Fall die „Gesundheitswelt Direkt“ als GmbH und unabhängig von der Betriebskrankenkasse Deutsche BKK gegründet wurde.

Wendet man sich der Möglichkeit einer Versicherungsgenossenschaft zu, so sind hier erste Schritte zunächst auf regionaler oder auf kantonaler Ebene, wie z.B. in der Schweiz, vorstellbar.²⁷ Flächendeckend gibt es bisher nur in Japan eine genossenschaftliche Absicherung von Krankheitsrisiken.²⁸ Auch die niederländischen Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung waren bereits vor der letzten niederländischen Gesundheitsreform private Rechtspersonen, mehrheitlich als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, also mit genossenschaftlichem Charakter, und wurden durch eine hoheitliche Ermächtigung zur Ausführung der Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen.²⁹

Die niederländische Gesundheitsreform mit der Privatisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung könnte damit zum Vorbild für eine Umwandlung der gesetzlichen

²³ Vgl. Zier (1968): 11-12.

²⁴ Zum Rechtsformvergleich findet sich im Anhang eine Übersicht, in der die privatwirtschaftlichen Gesellschaftsformen Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Genossenschaft und Aktiengesellschaft und die in der GKV bestehende Körperschaft des öffentlichen Rechts anhand von Kriterien wie z.B. Unternehmenszweck, Gründung, Rechtsfähigkeit, Gesellschafterliste, Kapital oder Gesellschaftsvermögen gegenübergestellt werden. Siehe auch Pohl (2001) sowie Belser (1975).

²⁵ Vgl. <http://www.gesundheitswelt-direkt.de/> sowie <http://www.deutschebkk.de/>.

²⁶ Vgl. Kartte; Neumann (2007): 4.

²⁷ Als Beispiel zu nennen ist die genossenschaftliche Krankenversicherung KPT/CPT, die neben der obligatorischen Grundsicherung auch Krankenzusatzversicherungen anbietet (Vgl. <http://www.kpt.ch/>)

²⁸ Vgl. Zentralverband der Krankenversicherungsträger KEMPOREN (2007).

²⁹ Vgl. Walser (2006): 336.

Krankenversicherungen in privatrechtliche Genossenschaften bzw. Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit werden mit dem Ziel, die bestehende Dualität zu überwinden und durch die Integration beider Märkte den Wettbewerb im Versicherungsmarkt zu intensivieren.

Neben einer juristischen Perspektive ist auch ein Blick auf die geschichtliche Entwicklung der GKV hilfreich. Krankenkassen haben sich aus genossenschaftlichen Selbsthilfeeinrichtungen entwickelt.³⁰ So sind bei der Knappschaft genossenschaftliche Züge zu erkennen, und auch die ersten Ersatzkassen gab es als freiwillige Hilfskassen bereits vor der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung.³¹

Kritisch gesehen wird gelegentlich ein verfassungsrechtlicher Bestandsschutz der GKV, der gegebenenfalls eine Verfassungsänderung erfordern würde.³² Er sollte aber im Kontext der Nähe der gesetzlichen Krankenversicherungen zu den genossenschaftlichen Wesenszügen Selbsthilfe, Selbstverantwortung und Selbstverwaltung gesehen werden. Der Bestandsschutz würde ein aus Pfadabhängigkeiten gewachsenes gesetzliches Krankenversicherungssystem verfestigen,³³ dessen Ursprung in der Bismarck'schen Gesetzgebung aus dem Jahre 1883 liegt und bei dem die Frage gestellt werden muss, ob es in seiner staatlichen Ausgestaltung heute noch zweckmäßig ist.

Für die Genossenschaft als neue Form der Krankenversicherung zur Überwindung der Dualität von GKV und PKV spricht überdies, dass die zu Zeiten Bismarcks „zweckrationale Antwort der sozialkonservativen protestantischen Regierung auf die als Bedrohung empfundene zunehmende Politisierung und Organisierung der Arbeiterschaft“³⁴ ein Versuch war, mit der Sozialversicherungsgesetzgebung genossenschaftliche Körperschaften (sozial, selbst verwaltet und ohne staatlichen Einfluss) zu konstituieren.³⁵ Genossenschaftliche Züge tragen die Körperschaften des öffentlichen Rechts, z.B.

- durch den gemeinschaftlichen Schutz bei Krankheit der Mitglieder (genossenschaftlicher Förderauftrag),
- durch das Nicht-Anstreben von Gewinnen (Non-Profit-Organisation) und damit
- durch Mitgliedsbeiträge als Hilfe zur Selbsthilfe,
- durch die Eigenverantwortlichkeit bei der Geschäftsführung (Selbstverwaltung)

³⁰ Vgl. Klenk (2006a): 464.

³¹ Vgl. Zerche (1992): 247 sowie Amin (2001): 22.

³² Vgl. Walser (2006): 337.

³³ Vgl. Lamping; Tamm (1994): 117.

³⁴ Siehe Lamping; Tamm(1994: 113

³⁵ Vgl. Amin (2001): 27.

- durch das demokratische Element (Sozialwahlen),
- durch die Identität von Trägern (Mitgliedern) und Leistungsbeziehern,
- durch das solidarische Element der Einkommensabhängigkeit der Beiträge, der Nicht-Staffelung der Beiträge nach dem individuellen Risiko sowie der kostenlosen Mitversicherung der Angehörigen.³⁶

Die Zwangsmitgliedschaft und das damit verbundene fehlende Freiwilligkeitsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung hat als (Gegen-)Argument für einen eher genossenschafts~~un~~typischen Charakter der GKV seine Berechtigung verloren.³⁷ Die heutigen Wechsellmöglichkeiten zwischen den einzelnen Krankenkassen und der zunehmende Wettbewerb um bessere Versorgungsformen belegen das eindrucksvoll. Das demokratische Element in der GKV kommt nur noch unzureichend zum Tragen, wenn man bedenkt, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung häufig nicht wirklich gewählt wird. Bei den Sozialwahlen ist in der Regel nur eine Vorschlagsliste vorhanden und oft stehen weniger Personen auf den Listen als Mitglieder gewählt werden müssen. Diese sog. Friedenswahlen stellen mittlerweile den Normalfall dar.³⁸

Schließlich stehen die gemeinsamen und einheitlichen Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Bestimmung des Leistungskataloges, dem alle Versicherten der GKV unterliegen, demokratischen und damit genossenschaftlichen und mithin wettbewerblichen Prinzipien entgegen. Die Versicherten der GKV, die bei Ausschluss einer Therapie durch den G-BA nicht mehr von dieser profitieren können, haben dann keine Wahl mehr innerhalb der GKV eine Kasse zu suchen, die diese Therapie erstattet, da die Vorgaben gemeinsam und einheitlich für alle Krankenversicherungen der GKV gelten.³⁹ Sie haben wegen ihrer Zwangsmitgliedschaft keine Möglichkeit, in die PKV zu wechseln. Man kann daher annehmen, dass gerade in Bezug auf die Entscheidungen des G-BA und auch des Spitzenverbandes Bund der GKV eine auf privatwirtschaftlicher Basis und damit im wirklichen Wettbewerb stehende genossenschaftliche Krankenversicherung eher an den Präferenzen der Versicherten ausgerichtet würde und die Qualität der Versorgung durch konsequenten Einsatz neuer Versorgungsformen heben könnte.

³⁶ Vgl. Amin (2001): 27-29.

³⁷ Vgl. Amin (2001): 29.

³⁸ Vgl. Klenk (2006b): 274.

³⁹ Die Problematik wird auch am Beispiel der gemeinsamen und für alle Kassen gültigen Festsetzung von Erstattungshöchstbeträgen für innovative Arzneimittel durch den Spitzenverband Bund der GKV deutlich (Vgl. Bungenstock (2007)).

4.3 Integrierte Versorgung und genossenschaftliche Krankenversicherung als Ausgangspunkt für eine zukünftige Verknüpfung von Finanzierungs-, Leistungs- und Vergütungsverantwortung

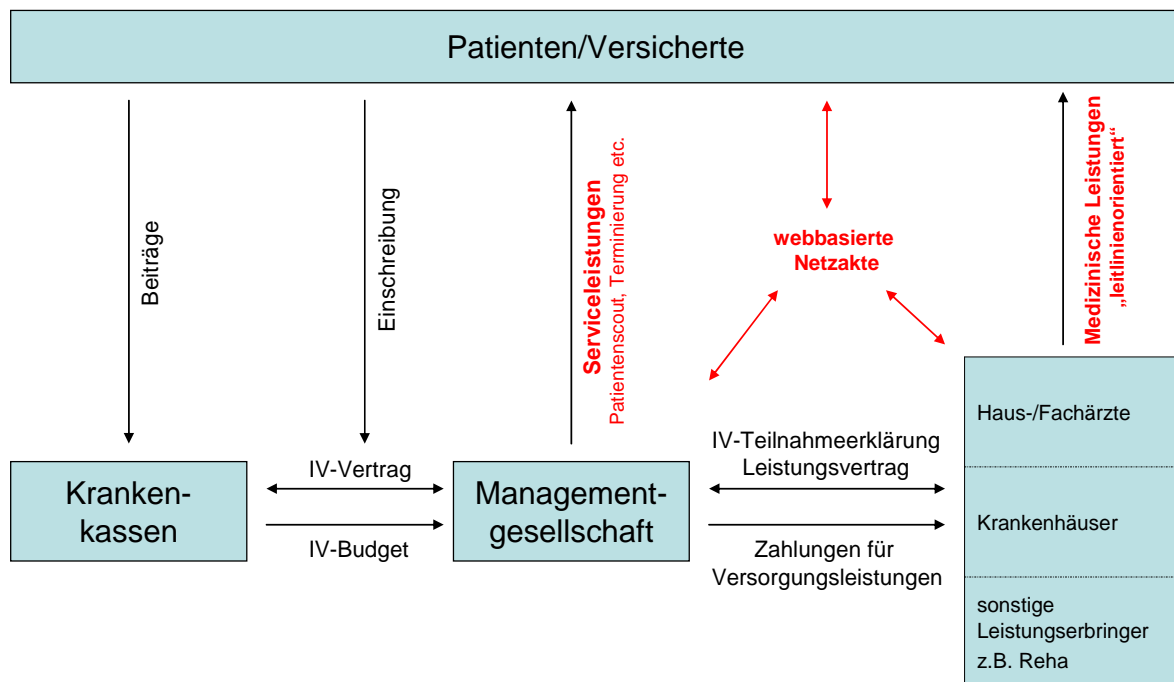
Wenn es um den Ausbau der neuen Formen kooperativer bzw. integrierten Gesundheit- und Krankenversorgung der Bevölkerung geht, ist auch eine Erweiterung um Versicherungsaufgaben einzubeziehen. Das zeigt sich beim Aufbau von transssektoralen Versorgungsnetzen.

Aus der Abbildung 9 ist für das Beispiel eines Versorgungsnetzes, z.B. für die Behandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz, zu erkennen, dass es einer Managementgesellschaft bedarf, die die erkrankten Versicherten besser führt und versorgt als es im Status Quo der Fall wäre. Ohne in die Einzelheiten dieses Netzwerks mit seinem Nutzen (siehe dazu den rechten Teil der Abbildung) und den Wettbewerbsvorteilen am Markt, die Kompetenz der Netzwerkgründer, des Management-Teams und der Leistungsanbieter zu gehen⁴⁰ wird deutlich, dass unter der Voraussetzung, dass die Ertragsvorschau Überschüsse verspricht, die die Investitionskosten deutlich überschreiten, die zu gründende Managementgesellschaft eine Rechtsform benötigt, um ihre Ziele zu verwirklichen. Hier konkurrieren dann im Rechtsformvergleich GmbHs, Genossenschaften, Gesellschaften bürgerlichen Rechts oder auch Aktiengesellschaften und die Limited miteinander. Es wird sich im Gründungswettbewerb zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern zeigen, welche Rechtsform für welche Verträge zur Integrierten Versorgung von Patientengruppen am zweckmäßigsten ist.⁴¹ In diesem Zusammenhang spielt auch die Entwicklung von regionalen und indikationsbezogenen Patientenakten eine zunehmende Rolle.

⁴⁰ Siehe hierzu die Angaben in der Fußnote 13.

⁴¹ Siehe den Anhang zum Rechtsformvergleich.

Abbildung 9: Versorgungsnetz, z.B. für chronisch kranke Menschen.

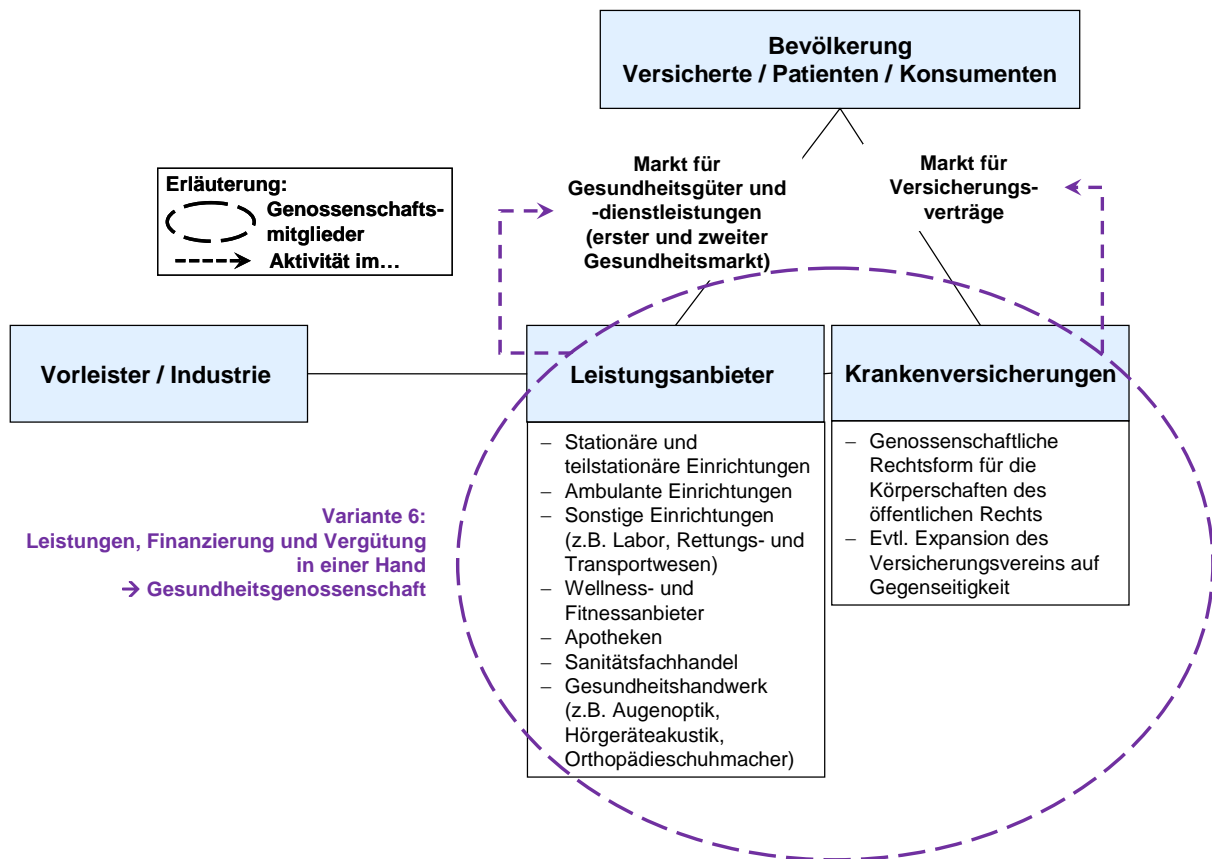


Quelle: Eigene Darstellung.

Wenn sich eine ganze Region oder auch nur ein großer Stadtteil den Grundgedanken der neuen Versorgungsformen zu eigen macht und den Gedanken einer Pflichtversicherung damit verbindet, ist es vorstellbar, dass die neu zugründende Krankenversicherung eine genossenschaftliche Ausrichtung bekommt und damit nicht länger dem Sozialrecht, sondern dem privaten Versicherungs- und Wettbewerbsrecht unterliegt. Ob auch die Umgründung einer bestehenden regionalen Krankenkasse in eine Genossenschaft im Rahmen eines Modellversuchs möglich ist, bedarf der juristischen Prüfung. Einfacher dürfte es sein, das Tätigkeitsfeld der bestehenden Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit auszudehnen.

Diese Vision liegt der Abbildung 10 zugrunde. Dort liegt die Finanzierungsverantwortung, d.h. die Mittelaufbringung, die Leistungsgewähr einer Grundversorgung und die Vergütungsverantwortung, d.h. die Mittelverwendung zur Bezahlung der erbrachten Gesundheitsleistungen, in einer Hand. Versicherte und Leistungsanbieter führen eine regional abgegrenzte Bevölkerung möglicherweise in diesen genossenschaftlichen Strukturen zu einer kostengünstigeren und bedarfsgerechteren Versorgung als es im Status Quo der Fall ist. Der zentrale Einkauf gehört dann sicherlich mit zu den Aufgaben der Genossenschaft, die mehr Gesundheit, eine höhere Lebensqualität sowie eine preisweitere Versorgung auf ihre Fahnen geschrieben hat.

Abbildung 10: Versicherungen als Gesundheitsgenossenschaften.



Quelle: Eigene Darstellung.

5. Fazit: Mehr Markt im Gewährleistungsstaat

In dieser Vision einer genossenschaftlich organisierten Krankenversicherung könnte die Zukunft des Krankenversicherungsschutzes durch eine Grundsicherung für die gesamte Bevölkerung bei privaten Krankenversicherungsunternehmen gekennzeichnet sein. Dazu gehören neue Versorgungsformen und mehr Wahlmöglichkeiten in einem dauerhaften Ordnungsrahmen mit sozialem Ausgleich und mehr Kapitalbildung.⁴² Diese gesetzlich verfügte Grundsicherung wäre dann privatrechtlich organisiert und könnte mit individuellen Zusatzversicherungen eine neue Form von Dualität bilden. Diese Vision umfasst den Staat nicht als Leistungserbringer sondern als Gewährleistungsstaat.⁴³

Neue Märkte und individuelle Gesundheitsleistungen außerhalb dieser Grundsicherung tragen indirekt zur Finanzierung des ersten Marktes bei. Wellness, Fitness, gesunde Ernährung und Express-Gesundheitspraxen gehören zu den Wachstumsfeldern im Zweiten

⁴² Siehe hierzu den Beitrag von Felder im gleichen Band

⁴³ Siehe hierzu im einzelnen Gethmann (2004), S. 224 ff und Ruger (2006), S. 4

Gesundheitsmarkt, der nicht nur durch sein Wachstum sondern auch durch das „Mehr“ an Gesundheit zur Finanzierung des ersten Gesundheitsmarktes beiträgt.

Mit der Vision einer Gesundheitsgenossenschaft würde der Interventionsspirale der Gesundheitspolitik ein Ende gesetzt und eine Systemhaftigkeit wieder gewonnen und zwar in Form eines gesetzlich verfügten Abschlusses einer privaten Krankenversicherung in der Rechtsform einer Genossenschaft bzw. eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit. Damit schließt sich der Kreis zum ersten Abschnitt und der damit verbundenen Grundsatzfrage nach der wünschenswerte Absicherung von Lebensrisiken.

6. Anhang: Rechtsformvergleich

Tabelle 2: Vergleich der Rechtsformen eG, VVaG, AG und KdöR.

	eG – eingetragene Genossenschaft	VVaG - Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit	AG - Aktiengesellschaft als Versicherer	KdöR- Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung am Beispiel der AOK
Zweck	Förderung des Erwerbs oder der Wirtschaft der Mitglieder mittels gemeinschaftlichen Geschäftsbetriebs	Versicherung der Mitglieder nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit	Kapitalgesellschaft zur Erreichung jedes gesetzlich zulässigen Zweckes	Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (§ 1 SGB V)
Gründung	<ul style="list-style-type: none"> - mind. 3 Mitglieder - die eine Satzung festlegen müssen - keine notarielle Beurkundung, sondern Schriftform ausreichend - Entstehung durch Eintragung ins Genossenschaftsregister 	<ul style="list-style-type: none"> - mind. 2 Gründer (h. M.) - Feststellung der Satzung - in notariell beurkundeter Form - Entstehung durch Konzession der zuständigen Aufsichtsbehörde (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht [BaFin]). 	<ul style="list-style-type: none"> - mind. 1 Person - Feststellung der Satzung - in notariell beurkundeter Form - Entstehung durch Eintragung in das Handelsregister (jedoch ist Voraussetzung der Eintragung die Erlaubnis der BaFin) 	Existenz der OKK grundsätzlich gesetzlich garantiert für abgegrenzte Regionen (§ 143 SGB V) Zusammenschluss möglich (§ 144 ff SGB V)
Rechtsfähigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - rechtsfähig - juristische Person 	<ul style="list-style-type: none"> - rechtsfähig - juristische Person 	<ul style="list-style-type: none"> - rechtsfähig - juristische Person 	<ul style="list-style-type: none"> -rechtsfähig - juristische Person
Gesellschafterliste	führt die eG selbst	nicht erforderlich	bei Namensaktien werden Daten der Inhaber in das Aktienregister der AG eingetragen	entfällt
Kapital	<ul style="list-style-type: none"> - kein festes Kapital - jedes Mitglied hat einen Geschäftsanteil zu zeichnen, auf den Einzahlungen geleistet werden müssen - kein Mindestbetrag für den Geschäftsanteil 	<ul style="list-style-type: none"> - kein festes Kapital; - keine Mindesteinlage vorgeschrieben, aber bei Gründung Gründungsstock (gemäß § 2 KapitalausstattungsVO mind. 1,5 Mio. Euro). 	<ul style="list-style-type: none"> - "festes" Grundkapital, änderbar durch Kapitalerhöhungen bzw. -herabsetzungen - Zerlegung des Grundkapitals in Aktien - Mindestnennbetrag pro Aktie: 1 Euro - Stückaktien: rechnerischer Betrag mind. 1 Euro 	Mittelaufbringung durch Beiträge und sonstige Einnahmen iSv. § 222 SGB V, Mittelverwaltung nach § 80 SGB IV

			<ul style="list-style-type: none"> - Mindestgrundkapital: 50.000 Euro - Mindesteinzahlung bei Gründung: 12.500 Euro - bei Ein-Mann-Gründung muss das gesamte Kapital sofort aufgebracht werden - zusätzlich Mindestgarantiefonds gem. § 2 KapitalausstattungsVO abhängig von Sparte mind. 2 Mio. Euro 	
Firma	<ul style="list-style-type: none"> - i.d.R. Sachfirma, aber auch Personen- oder Phantasiefirma möglich - Zusatz „eingetragene Genossenschaft“ oder „eG“ erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> - i.d.R. Sachfirma - soll Zusatz enthalten, dass „Versicherung auf Gegenseitigkeit betrieben wird“ (z. B. „auf Gegenseitigkeit“, „Gegenseitigkeit“, „V.a.G.“, „a.G.“) 	<ul style="list-style-type: none"> - i.d.R. Sachfirma, aber auch Personen- oder Phantasiefirma möglich - Zusatz „AG“ erforderlich 	Name ergibt sich aus Satzung § 194 Abs.1 Ziff. 1 SGB V
Gesellschafts- vermögen	eigenes Vermögen der Gesellschaft als juristische Person	eigenes Vermögen der Gesellschaft als juristische Person	eigenes Vermögen der Gesellschaft als juristische Person	Vermögen des Versicherungsträgers als juristische Person (Vgl. § 80 ff SGB IV)
Gesellschafter- wechsel	<ul style="list-style-type: none"> - keine geschlossene Mitgliederzahl - Ein- und Austritt möglich - Kündigung der Mitgliedschaft zum Geschäftsjahresende unter Fristeinhaltung - Beendigung der Mitgliedschaft durch Übertragung des Geschäftsguthabens - Ausschluss aus der Genossenschaft zum Ende des Geschäftsjahres - Anspruch des ausgeschiedenen Mitglieds auf Rückzahlung seiner Einlage (Geschäftsguthaben) 	<ul style="list-style-type: none"> - keine geschlossene Mitgliederzahl - Ein- und Austritt möglich - kein Gesellschafter, sondern Mitglied - Erwerb der Mitgliedschaft durch Abschluss eines Versicherungsvertrags - Übertragung der Mitgliedschaft nur ausnahmsweise, wenn Versicherungsverhältnis übergeht (z. B. durch Erbfolge, Übertragung des versicherten Gegenstandes). - Ende der Mitgliedschaft durch Ende des Versicherungsvertrags 	<ul style="list-style-type: none"> - auf Anzahl der Aktien beschränkte Mitgliederzahl - Ein- und Austritt möglich - grundsätzlich freie Übertragbarkeit nach Wertpapierrecht - bei vinkulierten Namensaktien ist Zustimmung der Gesellschaft erforderlich - bei börsennotierten Gesellschaften findet Aktienhandel börslich (Parketthandel) oder außerbörslich (Telefonhandel und XETRA-Handel) statt 	entfällt
Auseinander- setzung	Wenn Satzung nichts anderes bestimmt, wird das nach Berichtigung der Schulden verbleibende Gesellschaftsvermögen an die Mitglieder verteilt, die zur Zeit der	Wenn Satzung nichts anderes bestimmt, wird das nach Berichtigung der Schulden verbleibende Vereinsvermögen an die Mitglieder verteilt, die zur Zeit der Auflösung	Das nach Berichtigung der Schulden verbleibende Gesellschaftsvermögen wird an die Aktionäre verteilt, die zur Zeit der Auflösung vorhanden waren.	Schließung durch Aufsichtsbehörde (§ 146a SGB V)

	Auflösung vorhanden waren.	vorhanden waren.		
Haftung	<ul style="list-style-type: none"> - Vermögen der Genossenschaft haftet den Gläubigern - Nachschusspflicht der Mitglieder in Satzung regelbar 	<ul style="list-style-type: none"> - Vermögen des VVaG haftet den Gläubigern - Nachschusspflicht der Mitglieder kann in Satzung vorgesehen werden 	<ul style="list-style-type: none"> - Vermögen der AG haftet den Gläubigern - Aktionäre nur bis zur Höhe ihrer Einlage - keine Nachschusspflicht 	<ul style="list-style-type: none"> - Haftung der Mitglieder Selbstverwaltung gemäß § 42 SGB IV - Bei Schließung erfolgt Abwicklung der Geschäfte und Haftung für Verpflichtungen nach § 155 SGB V analog
Gesetzlich vorgesehene Organe	<ul style="list-style-type: none"> - Vorstand (mind. 2 Pers.) - Aufsichtsrat (mind. 3 Pers.) - Generalversammlung bzw. Vertreterversammlung - bei Genossenschaftsarten mit ≤ 20 Mitgliedern nur 1 Vorstandsmitglied gem. Satzung zulässig und auf Aufsichtsrat kann gem. Satzung verzichtet werden 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorstand (mind. 2 Pers.) - Aufsichtsrat (mind. 3 Pers.) (bei kleineren Vereinen gem. § 53 VAG ist Aufsichtsrat nicht obligatorisch) - Oberste Vertretung (= Mitglieder- oder Mitgliederversammlung) - Weitere Organe grundsätzlich möglich, soweit sie nicht die Zuständigkeiten der gesetzlich vorgesehenen Organe beeinträchtigen 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorstand (mind. 2 Pers.) - Aufsichtsrat (mind. 3 Pers.) - Hauptversammlung - weitere Organe möglich (Beirat) 	<p>(Hauptamt:) Vorstand, bestehend aus höchstens 3 Personen abhängig v. Mitgliederzahl</p> <p>(Ehrenamt/Selbstverwaltungsorgan:) Verwaltungsrat (Anzahl der Mitglieder laut Satzung, höchstens 30 Mitglieder, paritätische Besetzung)</p>
Geschäftsführung	<ul style="list-style-type: none"> - grundsätzlich Gesamtgeschäftsführungsbefugnis des Vorstands - abweichende Regelungen in der Satzung möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - grundsätzlich Gesamtgeschäftsführungsbefugnis des Vorstands - abweichende Regelungen in der Satzung möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - grundsätzlich Gesamtgeschäftsführungsbefugnis des Vorstands - abweichende Regelungen in Satzung oder Geschäftsordnung des Vorstands möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - grundsätzlich Gesamtgeschäftsführungsbefugnis des Vorstands - abweichende Regelungen in Satzung oder Geschäftsordnung des Vorstands möglich
Vertretung	<ul style="list-style-type: none"> - grundsätzlich Gesamtvertretungsbefugnis des Vorstands - abweichende Regelungen in Satzung möglich - bei Geschäften zwischen eG und Vorstand wird eG durch Aufsichtsrat vertreten 	<ul style="list-style-type: none"> - grundsätzlich Gesamtvertretungsbefugnis des Vorstands - abweichende Regelungen in Satzung möglich - bei Geschäften zwischen VVaG und Vorstand wird VVaG durch Aufsichtsrat vertreten 	<ul style="list-style-type: none"> - grundsätzlich Gesamtvertretungsbefugnis des Vorstands - abweichende Regelungen in Satzung möglich - bei Geschäften zwischen AG und Vorstand wird AG durch Aufsichtsrat vertreten 	<ul style="list-style-type: none"> - grundsätzlich Gesamtvertretungsbefugnis des Vorstands - abweichende Regelungen in Satzung möglich - VR vertritt AOK gegenüber Vorstand
Kontroll- und Informationsrecht der Gesellschafter	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrollrechte nur über den gewählten Aufsichtsrat; AR-Mitglieder nehmen aber Mandat persönlich und unabhängig von 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrollrechte über den gewählten Aufsichtsrat; AR-Mitglieder nehmen aber Mandat persönlich und unabhängig von Mitgliedern wahr 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrollrechte über den gewählten Aufsichtsrat; AR-Mitglieder nehmen aber Mandat persönlich und unabhängig vom Aktionär wahr 	<ul style="list-style-type: none"> - Verwaltungsrat überwacht den Vorstand und trifft alle Entscheidungen, die für die AOK von grds. Bedeutung sind

	<p>Mitgliedern wahr</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auskunftsrecht jedes Mitglieds nur in der Generalversammlung - 10 Prozent der Mitglieder können die Einberufung der Generalversammlung verlangen - Einsichtsrecht in die Mitgliederliste 	<ul style="list-style-type: none"> - Auskunftsrecht der Mitglieder(vertreter) in der Obersten Vertretung (nur soweit für die sachgemäße Beurteilung der Tagesordnungspunkte erforderlich) - kein Einfluss auf laufende Geschäftsführung - Beschlüsse der Obersten Vertretung in den in Gesetz und Satzung bestimmten Fällen 	<ul style="list-style-type: none"> - Auskunftsrecht der Aktionäre in der Hauptversammlung (nur soweit für die sachgemäße Beurteilung der Tagesordnungspunkte erforderlich) - kein Einfluss auf laufende Geschäftsführung - Beschlüsse der Hauptversammlung in den in Gesetz und Satzung ausdrücklich bestimmten Fällen 	
Beschlussfassung der Gesellschafter	<ul style="list-style-type: none"> - jedes Mitglied hat 1 Stimme - Mehrstimmrecht, wenn die Satzung dies vorsieht (max. 3) - Beschlussfassung in der Generalversammlung - grundsätzlich genügt einfache Stimmenmehrheit 	<ul style="list-style-type: none"> - jedes Mitglied hat (i.d.R.) 1 Stimme, Stimmrecht kann in Satzung ausgeschlossen werden - Mehrstimmrecht, wenn die Satzung dies vorsieht - Beschlussfassung in der Obersten Vertretung - grundsätzlich genügt einfache Stimmenmehrheit 	<ul style="list-style-type: none"> - Stimmrecht der Aktionäre: <ul style="list-style-type: none"> o bei Nennbetragsaktien nach dem Nennbetrag, o bei Stückaktien nach ihrer Anzahl - Stimmrechtsbeschränkung in Satzung möglich - Stimmrecht kann ausgeschlossen werden, wenn bei Gewinnverteilung nachzuzahlender Vorzug gewährt wird (= Vorzugsaktien ohne Stimmrecht) - keine Mehrstimmrechte - Beschlussfassung in der Hauptversammlung - grundsätzlich einfache Stimmenmehrheit 	<p>Beschlussfassungen grundsätzlich mit Stimmenmehrheit der Mitglieder des Verwaltungsrates § 64 SGB IV iVm Satzung und Geschäftsordnung des Verwaltungsrates</p>
Jahresabschluss	<ul style="list-style-type: none"> - Aufstellung durch den Vorstand innerhalb von 5 Monaten nach Schluss des Geschäftsjahres - Feststellung durch die Generalversammlung - bestehend aus Bilanz-, Gewinn und Verlustrechnung und Anhang - Prüfungspflicht des Aufsichtsrats hinsichtlich des obligatorisch vorzulegenden Jahresabschlusses 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufstellung durch den Vorstand innerhalb von 4 Monaten nach Schluss des Geschäftsjahres (§ 341a HGB) - Aufsichtsrat billigt, gesetzliche Folge ist Feststellung - bestehend aus Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung und Anhang 	<ul style="list-style-type: none"> - Aufstellung durch den Vorstand in den ersten 3 Monaten des Geschäftsjahres für das vergangene Geschäftsjahr - Aufsichtsrat billigt, gesetzliche Folge ist Feststellung - bestehend aus Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung und Anhang 	<p>§ 77 SGB IV Rechnungsabschluss, Jahresrechnung: Aufstellung Jahresrechnung durch den Vorstand</p>
Lagebericht	<p>erforderlich (bei kleiner eG nicht erforderlich)</p>	<p>erforderlich</p>	<p>erforderlich</p>	<p>entfällt</p>

Rücklagen	<ul style="list-style-type: none"> - gesetzliche Rücklage zur Deckung von Bilanzverlusten erforderlich - sonstige Ergebnissrücklagen möglich - Satzung regelt Mindestdotierung 	<ul style="list-style-type: none"> - gesetzliche Rücklage zur Deckung von Bilanzverlusten erforderlich - sonstige Ergebnissrücklagen möglich - Satzung regelt Mindestdotierung 	<ul style="list-style-type: none"> - Laut § 150 AktG ist in der Bilanz eine Rücklage zu bilden (der 20. Teil des um einen Verlustvortrag aus dem Vorjahr geminderten Jahresüberschusses) bis die gesetzliche Rücklage und die Kapitalrücklagen zusammen den 10. oder den in der Satzung bestimmten höheren Teil des Grundkapitals erreichen. 	Laut § 82 SGB IV haben Versicherungsträger eine Rücklage bereitzuhalten
Gewinn- und Verlustrechnung	<ul style="list-style-type: none"> - Gewinnverteilungsbeschluss der Generalversammlung - Verteilung für das erste Geschäftsjahr nach dem Verhältnis der auf den Geschäftsanteil geleisteten Einzahlungen, für jedes folgende nach dem Verhältnis des durch die Zuschreibung vorhergegangenen Geschäftsjahrs ermittelten Geschäftsguthabens 	<ul style="list-style-type: none"> - Dotierung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung - Einstellung des verbleibenden Jahresüberschusses nach Steuern in die Gewinnrücklagen 	Gewinnverteilungsbeschluss der Hauptversammlung	Geltung der SVHV Erfolgsrechnung
Steuerliche Besonderheiten	Rückvergütung als Betriebsausgabe	<ul style="list-style-type: none"> - Beitragsrückerstattung an die Versicherten als Betriebsausgabe - Besteuerungsgrundlage: Eigenkapitaldotierung - Grundsätzlich umsatzsteuerfreie Leistungen 		Krankenkassen sind gem. § 5 Abs.1 Nr 3 KStG von der Ertragssteuer und gem. § 4 Nr. 15 UStG von der Umsatzsteuer befreit
Prüfung	Gesetzliche Prüfung durch Verband mit Prüfungsrecht, dem eG angehört	Prüfungspflicht durch einen Wirtschaftsprüfer oder eine Wirtschaftsprüfungsgesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> - Für kleine AGs keine Prüfungspflicht - Für mittelgroße und große AGs Prüfungspflicht durch Wirtschaftsprüfer oder Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (ohne Interessenbindung) 	Versicherungsträger unterliegt nach § 87 ff SGB IV der staatlichen Aufsicht, Aufsicht hat nach § 274 Abs.1 SGB V alle 5 Jahre die Geschäfts- und Rechnungs- u. Betriebsführung zu prüfen
Beratung und Betreuung	durch Genossenschaftsverband insbesondere in betriebswirtschaftlichen, rechtlichen und steuerlichen Angelegenheiten	Branchenverbände GDV und PKV	Branchenverbände GDV und PKV	Landesverbände der gesetzlichen Kassen und Bundesverband unterstützen u.a. durch Beratung (§§ 211, 217 SGB V) Aufsicht hat Beratungsfunktion

				nach § 88 iVm 89 SGB IV
Offenlegung und Publizität von Jahresabschluss und Lagebericht	<ul style="list-style-type: none"> - Einreichung des Jahresabschlusses, des Lageberichts und des Aufsichtsratsberichts zum Genossenschaftsregister - Veröffentlichungspflicht nur für große Genossenschaften - Veröffentlichung im elektronischen Bundesanzeiger 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorlage des Jahresabschlusses, des Lageberichts, des Bestätigungsvermerks und des Aufsichtsratsberichts zum Handelsregister - Veröffentlichung im elektronischen Bundesanzeiger 	<ul style="list-style-type: none"> - Einreichung des Jahresabschlusses, des Lageberichts, des Bestätigungsvermerks des Abschlussprüfers, des Aufsichtsratsberichts, des Gewinnverwendungsbeschlusses der Hauptversammlung zum Handelsregister - Veröffentlichung im elektronischen Bundesanzeiger 	<ul style="list-style-type: none"> Geschäftsübersichten und Statistiken der Sozialversicherung sind gemäß § 79 SGB IV zu erstellen und vorzulegen bei BMAS/Aufsicht
Auflösung und Beendigung	<ul style="list-style-type: none"> - Auflösung durch z.B. <ul style="list-style-type: none"> o Beschluss der Generalversammlung (mind. ¾-Mehrheit) o gerichtliche Anordnung bei Absinken der Zahl der Genossen unter gesetzliche Mindestzahl o Zeitablauf o Rechtskraft des Beschlusses, durch den die Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse abgelehnt wird - Liquidation erfolgt i.d.R. durch den Vorstand - nach Beendigung der Liquidation Anmeldung des Erlöschens der Firma - Verteilung Reinvermögen an die Mitglieder nach Ablauf des Sperrjahres 	<ul style="list-style-type: none"> - Auflösung durch <ul style="list-style-type: none"> o Beschluss der Obersten Vertretung (mind. ¾-Mehrheit) o Ablauf der in Satzung bestimmten Zeit o Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen des Vereins o Rechtskraft des Beschlusses, durch den die Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse abgelehnt wird o Widerruf der Erlaubnis für Geschäftsbetrieb o Verlust sämtlicher Mitglieder - Abwicklung durch Vorstandsmitglieder - nach Beendigung der Liquidation (Abwicklung) Anmeldung des Schlusses der Abwicklung beim Handelsregister 	<ul style="list-style-type: none"> - Auflösung durch <ul style="list-style-type: none"> o Beschluss der Hauptversammlung (mind. ¾-Mehrheit) o Zeitablauf o Eröffnung des Insolvenzverfahrens o Rechtskraft des Beschlusses, durch den die Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse abgelehnt wird o rechtskräftige Lösungsverfügung - Abwicklung durch Vorstandsmitglieder - nach Beendigung der Liquidation Anmeldung des Erlöschens der Firma 	<ul style="list-style-type: none"> Schließung einer Ortskrankenkasse durch Aufsichtsbehörde, wenn ihre Leistungsfähigkeit nicht mehr auf Dauer gesichert ist (§ 146 a SGB V)

Quelle: Eigene, erweiterte Darstellung auf Basis von (Henke et al. 2005, S. 52ff.). Erläuterung: Blau: Gemeinsamkeiten, Orange: Unterschiede)

7. Literaturverzeichnis

- AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (2007): GKV: Aufgaben. Online verfügbar unter <http://www.gkv.info/gkv/index.php?id=72>, zuletzt geprüft am 06.09.2007.
- Amin (2001): Genossenschaften und genossenschaftsähnliche Selbsthilfformen im Gesundheitswesen. Regensburg: Transfer (Kölner Genossenschaftswissenschaft, Bd. 27).
- Badtke (2007): Die Anwendbarkeit der deutschen und europäischen Fusionskontrolle auf Zusammenschlüsse von Krankenhäusern, Diss. Berlin (HU)
- Belser (1975): Versicherungsgenossenschaften. Eine Studie ihrer rechtlichen Besonderheiten. Zürich: Juris.
- Boetius (1999): Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV). Modell eines zukunftssicheren Systems. In: Münsteraner Reihe, H. 59.
- Bungenstock (2007): Gesundheitsreform: Mehr Wettbewerb auf dem Markt für Arzneimittel? In: Wirtschaftsdienst 10/2007: 679–686.
- Continental a.G. (2007): Verfassungsbeschwerde gegen Gesundheitsreform. Pressemitteilung vom 17.07.2007. Online verfügbar unter <http://www.continental.de/cipp/continental/custom/pub/content,lang,1/oid,5294/ticket/guest>, zuletzt geprüft am 06.09.2007.
- Gethmann et. al. (2004): Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems, Akademie Verlag
- Göpffarth (2007) Stand und Perspektiven einer Theorie der Parafiski, in: Adam, H., Behrens, C., Göpffarth, D., Jochimsen, B., Öffentliche Finanzen und Gesundheitsökonomie, Baden-Baden 2007.
- Haller (1981): Die Steuern. Grundlinien eines rationalen Systems öffentlicher Abgaben. 3. Aufl. Tübingen: Mohr.

- Heil (2006): Managementgesellschaft als Generalunternehmer. Medizinische und ökonomische Verantwortung in einer Hand, in: ku-Sonderheft Integrierte Versorgung 10, S. 16ff
- Henke (2007 [Im Druck]): Politökonomische Aspekte und seine Rolle als Wettbewerbsinstrument. In: Göppfarth, Dirk; Greß, Stefan; Jacobs, Klaus; Wasem, Jürgen (Hg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich, S. 46–70.
- Henke (2006): Die gesetzlichen Krankenkassen privatisieren. Der Staat sollte nur die Spielregeln setzen. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 07.02.2006.
- Henke (2005): Wie lassen sich Gemeinwohl und Wettbewerb in der Krankenversicherung miteinander verbinden? Eine nationale und europaweite Herausforderung. In: Kirchhof, Paul (Hg.): Gemeinwohl und Wettbewerb. Heidelberg.
- Henke; Friesdorf; Marsolek (2005): Genossenschaften als Chance für die Entwicklung der integrierten Versorgung im Gesundheitswesen. 2. Aufl. Neuwied: Raiffeisendruckerei GmbH.
- Hof; Schlömer (2006): Die Bürgerversicherung. Mehr als ein solidarischer Reformansatz? In: Sozialer Fortschritt, Jg. 55, H. 6, S. 146–153.
- Hof; Schlömer (2005): Zur Zukunftsfähigkeit von Kopfprämienmodellen für die GKV im anstehenden demographischen Wandel, Jg. 54, H. 8, S. 194–205.
- Karte; Neumann (2007): Der Zweite Gesundheitsmarkt: Roland Berger Studie.
- Klenk (2006a): Soziale Selbstverwaltung - ein Modell zur Integration gesellschaftlicher Interessen? In: Die Ersatzkasse, Jg. 86, H. 12, S. 464–467.
- Klenk (2006b): Selbstverwaltung – Ein Kernelement demokratischer Sozialstaatlichkeit? Szenarien zur Zukunft der sozialen Selbstverwaltung. In: ZSR, Jg. 52, H. 2, S. 273–291.
- Kröger (2006): Systembruch auf einer DIN-A4-Seite. In: Spiegel Online, 12.09.2006. Online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/wirtschaft/0,1518,436685,00.html>, zuletzt geprüft am 05.09.2007.

- Lampert; Althammer (2007): Lehrbuch der Sozialpolitik. 8. Aufl. Berlin: Springer.
- Lamping; Tamm (1994): Die Grundlegung der Krankenversicherung in Deutschland und England: Analyse ihrer Genese, Funktion und politischen Ausgestaltung. In: Blanke, Bernhard (Hg.): Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin. Opladen: Leske + Budrich, S. 111–148.
- Maydell, v., et al. (2006): Enabling Social Europe. Berlin: Springer.
- Orlowski; Wasem (2007): Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG). Änderungen und Auswirkungen auf einen Blick. Heidelberg: Müller.
- Verband der privaten Krankenversicherung e. V.: PKV - Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Online verfügbar unter <http://www.pkv.de/default.asp>.
- Pohl (2001): Analyse der Entwicklungsperspektiven des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit. In: Genossenschaft und Versicherung, Jg. 2.
- Ruger, J.P. (2006): The moral foundations of health insurance, commentary in: QJMed doi:10.1093/qjmed/hcl130, 5 Seiten; electronic copy at: <http://ssrn.com/abstract-957971>
- Schulte; Arnold (2006): Ein genossenschaftliches Krankenversicherungsmodell für Deutschland. In: BzG - Beiträge zur Gesellschaftspolitik, H. 4, S. 1–13.
- Simon (2005): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Techniker Krankenkasse (2007): Die neuen Wahltarife. Online verfügbar unter http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/01__gut__versichert/10__wahltarife/01__attraktive__angebote/attraktive__angebote.html, zuletzt geprüft am 05.09.2007.
- Walser (2006): Die Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden - ein Modell für Deutschland? In: ZESAR, H. 9, S. 333–340.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2004): Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung. Gutachten. Herausgegeben von Bundesministerium der Finanzen. (Schriftenreihe des BMF, 77).

Zentralverband der Krankenversicherungsträger KEMPOREN (2007): Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Krankenversicherungsträger in Japan.

Zerche (1992): Genossenschaften im Gesundheitssektor. In: Mändle, Eduard; Swoboda, Walter (Hg.): Genossenschafts-Lexikon. Wiesbaden: Deutscher Genossenschaftsverlag, S. 247–248.

Zier (1968): Die eingetragene Genossenschaft und der Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit. Würzburg: Schmitt und Meyer.

Zimmermann; Henke (2005): Finanzwissenschaft. Eine Einführung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwirtschaft. 9. Aufl. München: Vahlen.

**Diskussionspapiere
der Wirtschaftswissenschaftlichen Dokumentation
der Technischen Universität Berlin
ISSN 0944-7741**

(Eine Liste aller bisher erschienenen Diskussionspapiere finden Sie im Internet unter
www.wv.tu-berlin.de unter dem Punkt „Literatursuche“)

2007

6. Henke, Klaus-Dirk: Wege zu einer neuen oder aus der Dualität von GKV und PKV.
5. Kerber, Markus C.: Abseits ökonomischer Ratio.
4. Kerber, Markus C.: Anmerkungen zur Berliner Flughafenstruktur aus finanzwissenschaftlicher Sicht.
3. Lisac, Melanie; Reimers, Lutz; Henke, Klaus-Dirk; Schlette, Sophia: Access, Choice, and Guidance in German Health Care.
2. Granato, Nadia; Farhauer, Oliver: Die Abgrenzung von Arbeitsmarktregionen: Gütekriterien und -maßzahlen
1. Henke, Klaus-Dirk: Der Gesundheitsfonds: Politökonomische Aspekte und seine Rolle als Wettbewerbsinstrument.

2006

12. Kerber, Markus C.: Auf dem Wege zum Bundesfinanzrat!
11. Kerber, Markus C.: Die wirtschaftliche Betätigung des Landes Berlin: Ein Fall sanktionslosen Staatsversagens.
10. Schwarze, Reimund; Wagner, Gert G.: The political economy of natural disaster insurance: Lessons from the failure of a proposed compulsory insurance scheme in Germany
09. Dorschner, Ute; Lippold, Manja; Gericke, Christian: Situationsanalyse und Maßnahmen zur Prävention von Verkehrsunfällen bei Kindern in Deutschland: Evidenzbasierte Verkehrspolitik in Deutschland?
08. Henke, Klaus-Dirk; Reimers, Lutz: Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben.
07. Kerber, Markus C.: Die deutsche Wasserwirtschaft zwischen kommunaler Versorgungspflicht und marktöffnender Privatisierung. Teil 2: Möglichkeiten und Grenzen der Nutzung von privatwirtschaftlichem Know How im Rahmen von praktischen PPP-Modellen.
06. Kerber, Markus C.: Die Verwirklichung des Demokratieprinzips bei der wirtschaftlichen Betätigung des Landes Berlin.

05. Hank, Karsten; Jürges, Hendrik; Schupp, Jürgen; Wagner, Gert G.: Die Messung der Greifkraft als objektives Gesundheitsmaß in sozialwissenschaftlichen Bevölkerungsumfragen: Erhebungsmethodische und inhaltliche Befunde auf der Basis von SHARE und SOEP.
04. Göppfarth, Dirk; Henke, Klaus-Dirk: Finanzierungsreform und Risikostrukturausgleich – Was bleibt vom Ausgleichsverfahren?
03. Czerny, Achim I.: Congestion pricing vs. slot constraints to airport network.
02. Henke, Klaus-Dirk: Managing subsidiarity from an economic point of view.
01. Neheider, Susanne: Die Rolle der Strukturpolitik in der Europäischen Integration.

2005

08. Adam, Hans: Substitution der Beihilfe durch Einbeziehung der Beamten in die gesetzliche Krankenversicherung? Fiskalische Auswirkungen am Beispiel des Landes Niedersachsen.
07. Schreyögg, Jonas; Tiemann, Oliver; Busse, Reinhard: The use of cost accounting methodologies to determine prices in German health care.
06. Kerber, Markus C.: Auf dem Wege zum Bundesfinanzrat?
05. Busse, Reinhard; Stargardt, Tom; Schreyögg, Jonas; Simon, Claudia; Martin, Maria: Defining benefit catalogues entitlements to health care in Germany – decision makers, decision criteria and taxonomy of catalogues.
04. Schwarze, Reimund; Wagner, Gert G.: Versicherungspflicht gegen Elementarschäden – Ein Lehrstück für Probleme der volkswirtschaftlichen Politikberatung.
03. Czerny, Achim I.; Mitusch, Kay: Cooperation and competition in the cargo liner shipping industry.
02. Kerber, Markus C.: Die Vorschläge zur „Fortentwicklung“ des Stabilitätspakts.
01. Zentner, Annette: Wie beeinflussen andere Gesundheitssysteme die Gesundheitsreformenentwicklung 2003 in Deutschland?

2004

18. Göppfarth, Dirk: Die Reform des Risikostrukturausgleichs – Eine Zwischenbilanz.
17. Schreyögg, Jonas: The Taiwanese Health Care System under Efficiency Scrutiny.
16. Schreyögg, Jonas: Demographic development and moral hazard. Health insurance with medical savings accounts.
15. Steinbach, Axel: Das Spannungsverhältnis zwischen europäischem Wettbewerbsrecht und nationalem Sozialrecht.
14. Kerber, Markus C.: Kann der Stabilitätspakt reformiert werden?
13. Czerny, Achim I.: Price-cap regulation of airports: single-till versus dual-till.

12. Henke, Klaus-Dirk; Rich, Robert F.; Steinbach, Axel; Borchardt, Katja: Auf dem Wege zu einer integrierten Versorgung. Neue sozialrechtliche Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus den USA und am Beispiel Berlins.
11. Tonoyan, Tamara: Health care system in Armenia: Past, present and prospects.
10. Gericke, Christian A.; Schiffhorst, Guido; Busse, Reinhard; Häussler, Bertram: Messung der Patientenzufriedenheit in ambulanter haus- und fachärztlicher Behandlung mit dem QUALISKOPE-A.
09. Henke, Klaus-Dirk; Schreyögg, Jonas: Towards sustainable health care systems. Strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands. A comparative study.
08. Farhauer, Oliver; Borchardt, Katja; Stargardt, Tom: Bürgerversicherung – Die Wirkung von Kopfprämien auf den Arbeitsmarkt.
07. Kerber, Markus C.: Verfassungshüter oder Verfassungsgesetzgeber? Der Verfassungsgerichtshof Berlin als Souverän des Ausnahmezustandes.
06. Schreyögg, Jonas; Henke, Klaus-Dirk, Busse, Reinhard: Managing pharmaceutical regulation in Germany. Overview and economic assessment.
05. Gericke, Christian A.: Financing health care in Egypt. Current issues and options for reform.
04. Gericke, Christian A.; Wismar, Matthias; Busse, Reinhard: Cost-sharing in the German Health Care System.
03. Gericke, Christian A.: Comparison of health care financing arrangements in Egypt and Cuba. Lessons for health reform in Egypt.
02. Henke, Klaus-Dirk: Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreformen und ihre Lösungsansätze.
01. Schraepler, Joerg-Peter; Wagner, Gert G.: Identification of faked interviews in surveys by means of Benford's Law? An analysis by means of genuine fakes in the raw data of SOEP.

2003

17. Beckers, Thorsten; Hirschhausen, Christian von: Privatisierung der Bundesautobahnen über Konzessionsmodelle. Alternative Konzepte, offene Fragen und wirtschaftspolitische Schlussfolgerungen.
16. Beckers, Thorsten; Hirschhausen, Christian von: Konzessionsmodelle für Fernstraßen in Deutschland. Eine ökonomische Analyse der Risikoallokation beim F- und A-Modell.
15. Kerber, Markus C.: Ist der Stabilitätspakt noch zu retten?
14. Henke, Klaus-Dirk; Berhanu, Samuel; Mackenthun, Birgit: Die Zukunft der Gemeinnützigkeit von Krankenhäusern.
13. Weiler, Hans N.; Bensel, Norbert; Heuer, Katharina; Spieß, C. Katharina; Wagner, Gert G.: Hochschulpolitik als Arbeitsmarktpolitik
12. Schreyögg, Jonas: Gerechtigkeit in Gesundheitssystemen aus ökonomischer Perspektive.

11. Schreyögg, Jonas: „Medical Savings Accounts“ – eine internationale Bestandsaufnahme des Konzeptes der Gesundheitssparkonten
10. Werder, Axel von; Talaulicar, Till: Zu den Regulierungswirkungen des Deutschen Corporate Governance Kodex.
09. Mühlbacher, Axel; Nübling, Matthias; Niebling, Wilhelm: Qualitätsmanagement in Netzwerken der Integrierten Versorgung.
08. Mühlbacher, Axel; Berhanu, Samuel: Die elektronische Patientenakte: Ein internetbasiertes Konzept für das Management von Patientenbeziehungen
07. Schwarze, Reimund; Wagner, Gert G.: In the aftermath of Dresden. New directions in flood insurance.
06. Borchardt, Katja; Farhauer, Oliver: Kapitaldeckung als Antwort auf die demographische Herausforderung.
05. Kerber, Markus C. : Die deutsche Wasserwirtschaft zwischen kommunaler Versorgungspflicht und marktöffnender Privatisierung.
04. Henke, Klaus-Dirk; Borchardt, Katja; Schreyögg, Jonas; Farhauer, Oliver: Eine ökonomische Analyse unterschiedlicher Finanzierungsmodelle der Krankenversorgung in Deutschland.
03. Mühlbacher, Axel; Schreyögg, Jonas: Ein Konzept zur entscheidungsnahen Steuerung von Innovationen des Gesundheitsmarktes.
02. Henke, Klaus-Dirk: Wie lassen sich Gemeinwohl und Wettbewerb in der Krankenversicherung miteinander verbinden? Eine nationale und europaweite Herausforderung.
01. Fehr, Ernst; Fischbacher, Urs; Rosenblatt, Bernhard von; Schupp, Jürgen; Wagner, Gert G.: A nation-wide laboratory / Examining trust and trustworthiness by integrating behavioral experiments into representative surveys

2002

10. Beckers, Thorsten; Miksch, Jan: Die Allokation des Verkehrsmengenrisikos bei Betreibermodellen für Straßeninfrastruktur – Theoretische Grundlagen und Anwendung auf das A-Modell.
09. Goldschmidt, Nils: Hermann Schumacher – nur ein weiterer Erbe Schmollers oder der erste Ordoliberaler?
08. Talaulicar, Till: Der Deutsche Corporate Governance Kodex. Zwecksetzungen und Wirkungsprognosen.
07. Kerber, Markus C.: Städte und Gemeinden: Motor der Investitionen – Randfiguren in der Finanzverfassung?
06. Bruns, Oliver; Ebel, Heike Marie; Hohloch, Marc; Krüger, René; Kurzbein, Simone; Schütt, Stefan: Ökonomisches Konzept zur Parkraumbewirtschaftung in Berlin-Wilmersdorf.
05. Schreyögg, Jonas.: Medical Savings Accounts als Instrument zur Reduktion von moral hazard Verlusten bei der Absicherung des Krankheitsrisikos
04. Kerber, Markus C.: Finanznotstand in Berlin: Staatsbankrott oder fin de régime? Die deutsche Hauptstadt in der institutionellen Ausnahmesituation : überarbeiteter Nachdruck

03. Farhauer, Oliver: Folgt aus der Theorie des endogenen Wachstums eine neue Wirtschaftspolitik?
02. Farhauer, Oliver: Betriebsspezifisches Humanvermögen
01. Brenck, Andreas ; Czerny, Achim I.: Allokation von Slots bei unvollständiger Information