

Michael Simon*

Der Einfluss des Neoliberalismus auf die deutsche Gesundheitspolitik

Das Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung

Zusammenfassung: Der Beitrag beschreibt die Entstehung sowie die zentralen Inhalte eines in den 1980er Jahren entwickelten neoliberalen Reformmodells für einen marktwirtschaftlichen Umbau des deutschen Gesundheitswesens und zeigt die Umsetzung des Reformmodells am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung.

Schlagwörter: Deutschland, Neoliberalismus, Vermarktlichung, Gesundheitssystem, gesetzliche Krankenversicherung, GKV

The Influence of Neoliberalism on German Health Policy The Example of Statutory Health Care Insurance

Abstract: The article describes the emergence and central content of a neoliberal reform model developed in the 1980s for the marketization of the German health care system. The implementation of the reform model is shown using the example of statutory health care insurance.

Keywords: Germany, Neoliberalism, Marketization, Health System, Statutory Health Care Insurance

1. Einleitung

Vor knapp 30 Jahren markierte das 1992 beschlossene Gesundheitsstrukturgesetz einen Einschnitt in die Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wurde auf den Weg eines marktwirtschaftlichen Umbaus gebracht. Der Einstieg erfolgte mit der Eröffnung eines Wettbewerbs unter den Krankenkassen und Ein-

* Michael Simon lehrte bis 2016 mit den Arbeitsschwerpunkten »Gesundheitssystem« und »Gesundheitspolitik« an der Hochschule Hannover.

richtung eines »Risikostrukturausgleichs« (RSA), der sich am Modell der Kalkulation risikoäquivalenter Prämien in der privaten Krankenversicherung orientiert.

Die Einführung des GKV-Wettbewerbs und des RSA folgte den Vorschlägen neoliberaler Ökonomen, die im Laufe der 1980er-Jahre ein Reformmodell erarbeitet hatten, das auf einen umfassenden marktwirtschaftlichen Umbau des deutschen Gesundheitswesens gerichtet ist. Im Zentrum dieses neoliberalen Reformmodells steht das Ziel, die gesetzliche Krankenversicherung abzuschaffen und die Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen umzuwandeln.

Das Gesundheitsstruktugesetz 1992 markierte den Beginn der Umsetzung dieses Reformmodells. Ihm folgte in den letzten drei Jahrzehnten eine Vielzahl weiterer Einzelschritte nicht nur im Bereich der GKV, sondern in allen Bereichen der medizinisch-pflegerischen Versorgung. Außerhalb der GKV ist dies am deutlichsten sichtbar in der Krankenhausversorgung. Anfang der 2000er-Jahre wurde die Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen umgestellt, basierend auf der Vorstellung einer marktanalogen »Preissteuerung«. Die Reform löste eine beispiellose Privatisierungswelle aus, die dazu geführt hat, dass es in Deutschland mittlerweile mehr private gewinnorientierte Kliniken gibt als öffentliche (zum neoliberalen Umbau der Krankenhausversorgung vgl. Simon 2020).

Auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist in den letzten Jahren ein Vordringen privater Investoren zu beobachten, die Arztsitze aufkaufen und in Medizinischen Versorgungszentren zusammenführen, um dort eine nach industriellem Vorbild rationalisierte gewinnorientierte Versorgung zu organisieren (vgl. u.a. Korzilius 2018).

Der vorliegende Beitrag rekonstruiert die Entstehung des neoliberalen Reformmodells und stellt seine zentralen Inhalte vor. Die Umsetzung des Reformmodells in gesetzliche Regelungen wird am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung aufgezeigt.

2. Neoliberalismus: Das hier zugrunde liegende Verständnis

Nach dem 1981 vollzogenen Regierungswechsel von der seit 1969 regierenden SPD/FDP-Koalition zu einer Koalition aus CDU/CSU und FDP setzte in der Regierungspolitik eine Umorientierung ein, bei der es sich nach Auffassung der Akteure der damaligen Regierungskoalition um eine Rückbesinnung auf die Prinzipien der sozialen Marktwirtschaft handelte (Kohl 1982). Nach mehr als einem Jahrzehnt »sozialistischer« Experimente und eines zunehmenden staatlichen Interventionismus sollte wieder mehr auf die Kräfte des Marktes

gesetzt werden. Der in den 1970er-Jahren eingeleitete Ausbau des Sozialstaats gestoppt und nach Möglichkeit auch wieder rückgängig gemacht werden.

Geleitet waren diese Zielorientierungen von Denkmustern, die in den 1970er- und 1980er-Jahren in zahlreichen westlichen Staaten von neoliberalen Ökonomen in die Politikberatung eingebracht wurden und die Regierungspolitik maßgeblich beeinflussten, darunter auch die der Regierung Kohl. Da es in der wissenschaftlichen Literatur und öffentlichen Diskussion unterschiedliche Vorstellungen darüber gibt, was mit »Neoliberalismus« gemeint ist, erscheint es angebracht, kurz darzulegen, welches Verständnis diesem Beitrag zugrunde liegt.

Neoliberalismus wird hier in Anlehnung an Stedman Jones (2014) verstanden als intellektuelle und politische Bewegung, in deren Zentrum die Überzeugung steht, dass Markt, Wettbewerb und die freie Bildung von Marktpreisen auf Grundlage von Angebot und Nachfrage am besten geeignet sind, eine bedarfsgerechte Produktion und Verteilung von Ressourcen zu gewährleisten. Dementsprechend verfolgt die neoliberale Bewegung das Ziel, die kapitalistische Marktwirtschaft gegen alle Angriffe und Bedrohungen zu verteidigen und den Glauben an die grundsätzliche Überlegenheit von Markt und Wettbewerb in Politik und Gesellschaft zu verbreiten. Entstanden ist die neoliberale Bewegung nach dem ersten Weltkrieg und dem Zusammenbruch der vorherigen politischen Ordnungen auf nationaler und internationaler Ebene (vgl. dazu u.a. Slobodian 2019). Zur international dominanten wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Strömung wurde der Neoliberalismus in den 1980er- und 1990er-Jahren (zum Überblick vgl. u.a. Mirowski/Plehwe 2009).

Vom klassischen Wirtschaftsliberalismus unterscheidet sich der Neoliberalismus als Ideengebäude vor allem durch sein Staatsverständnis. Anders als in dem vom Grundsatz des Laissez-faire geprägten Staatsverständnis des Liberalismus wird im Ideengebäude des Neoliberalismus dem Staat eine zentrale und gestaltende Rolle zugewiesen (vgl. dazu u.a. Biebricher 2016). Wie im klassischen Wirtschaftsliberalismus hat der Staat auch aus neoliberaler Sicht die zentrale Aufgabe, Eigentumsverhältnisse und Markt durchzusetzen und gegen Angriffe zu schützen. Darüber hinaus kommt dem Staat im neoliberalen Denken aber auch bei der Ausgestaltung der Wirtschaftsordnung eine aktive und intervenierende Rolle zu. Dies gilt insbesondere für den Ordoliberalismus, die deutsche Variante des Neoliberalismus. Da Wettbewerb ohne staatliche Rahmensetzung zur Bildung von Kartellen und Monopolen und somit zur Abschaffung von Wettbewerb führe, sei es Aufgabe staatlicher »Ordnungspolitik«, durch Setzung eines ordnungspolitischen Rahmens gleiche Wettbewerbsbedingungen durchzusetzen und so für die Aufrechterhaltung eines freien Marktes und freien Wettbewerbs zu sorgen (vgl. u.a. Eucken 1952).

Der Staat als Schützer von Marktwirtschaft und Wettbewerb kann seine Aufgabe allerdings nur erfüllen, wenn die Akteure der politischen Macht und die öffentliche Meinung an die Überlegenheit der kapitalistischen Marktwirtschaft glauben. Schwindet dieser Glaube, ist auch die Existenz der Marktwirtschaft bedroht. Dies war die prägende und für die Neoliberalen der ersten Generation in hohem Maße beunruhigende Erfahrung der 1920er- und 1930er-Jahre. Insofern ist es aus neoliberaler Sicht notwendig, für die Akzeptanz von Markt und Wettbewerb in der Öffentlichkeit und in der Politik zu werben. Deshalb war das neoliberale Projekt von Anfang an darauf ausgerichtet, Akteure der Politik und des Mediensystems von der Richtigkeit neoliberaler Auffassungen zu überzeugen. Politikberatung und Öffentlichkeitsarbeit kommt aus neoliberaler Sicht folglich eine zentrale Aufgabe zu.

Als eine Art Gründungsakt für die internationale neoliberale Bewegung gilt ein Treffen im Jahr 1938 in Paris, das unter dem Namen »Walter Lippmann Kolloquium« in die Literatur einging (Audier/Reinhoudt 2019). Auf dieses Treffen geht auch die Verwendung des Begriffs »Neoliberalismus« zurück, da sich die Teilnehmer des Kolloquiums mehrheitlich auf diesen Begriff als Leitbegriff einigten. Mit dem Begriff sollte einerseits die Verbindung zur Tradition des klassischen Liberalismus hergestellt werden, andererseits aber auch die Notwendigkeit einer Erneuerung und Weiterentwicklung sichtbar gemacht werden.

Während des Zweiten Weltkrieges konnte das Projekt allerdings nicht weiterverfolgt werden. Nach dem Ende des Krieges wurde es 1947 im Rahmen einer internationalen Tagung am Genfer See wieder aufgegriffen und mit der Mont Pelerin Society (MPS) eine auf Dauer gestellte internationale Vereinigung geschaffen, die bis heute als zentrale internationale Organisation fungiert. Ihr gehörten und gehören die meisten der führenden Vordenker und Vertreter der verschiedenen Varianten des Neoliberalismus an.¹ Mittlerweile gibt es international und auch national eine Vielzahl neoliberaler Netzwerke, Thinktanks, Forschungseinrichtungen etc., die der Verbreitung neoliberaler Denkmuster dienen und auch bereits mehrfach Gegenstand kritischer wissenschaftlicher Analysen waren (für Deutschland vgl. u.a. Ötsch u.a. 2017). Bei der neoliberalen Bewegung handelt es nicht um eine formale Organisation mit einheitlicher für alle Mitglieder geltender Satzung, forma-

1 Zu den Gründungsmitgliedern der MPS gehörten unter anderem Friedrich A. Hayek, Ludwig von Mises, Walter Eucken, Wilhelm Röpke, Milton Friedman, Gary S. Becker; mehrere von ihnen waren in den folgenden Jahren und Jahrzehnten auch Präsident der MPS (Plehwé 2009: 18).

len Organisationsstrukturen, schriftlich fixiertem Programm etc., sondern um eine »Bewegung«, die innerhalb eines informellen Grundkonsens ein relativ breites Spektrum unterschiedlicher und durchaus auch differierender Auffassungen aufweist. Zudem bezeichnen sich die Anhänger neoliberaler Überzeugungen in der Regel auch nicht selbst als »Neoliberale« und lehnen eine solche Zuweisung zumeist auch entschieden ab, nicht zuletzt, weil Neoliberalismus in der Öffentlichkeit mittlerweile überwiegend negativ konnotiert ist.

Dennoch ist es möglich, Übereinstimmungen von politischen Positionen mit zentralen Inhalten neoliberaler Denkmuster festzustellen und entsprechende Positionen dem Neoliberalismus zuzuordnen. Insofern kann der Begriff des Neoliberalismus eine sehr hilfreiche heuristische Funktion erfüllen. Er ermöglicht es, Zusammenhänge zwischen Entwicklungen und Phänomenen zu erkennen und aufzuzeigen, die ansonsten disparat und schwer erklärbar erscheinen. Dazu zählt beispielsweise die Klärung, dass neoliberale Gesundheitspolitik primär eben nicht Deregulierung bedeutet, sondern im Gegenteil ein hohes Maß an staatlicher Regulierung und Bürokratisierung. Dies wird jedoch erst erkennbar, wenn man Neoliberalismus als politische Richtung begreift, die staatliche Macht zur Durchsetzung der Prinzipien von Markt und Wettbewerb einsetzen will. Entscheidend ist nicht die Tatsache der Regulierung und ihr Umfang, sondern welchem Ziel staatliche Regulierung dienen soll. Und dies gilt in besonderem Maße auch für die Gesundheitspolitik in Deutschland seit Anfang der 1990er-Jahre.

Die vielfach anzutreffende pauschale Verwendung des Neoliberalismusbegriffs als »Kampfbegriff« oder »Catch-All-Term« (Biebricher 2018: 10) hilft dabei nicht weiter. Notwendig ist in jedem einzelnen Fall die konkrete wissenschaftliche Beweisführung, dass es sich um eine neoliberale Position oder politische Maßnahme handelt und warum. Und nicht nur dies: Es muss auch aufgezeigt werden, warum neoliberale Positionen und Reformvorschläge schädlich für die Gesellschaft sind. Der vorliegende Beitrag versucht dies am Beispiel der gesundheitspolitischen Umgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung seit Anfang der 1990er-Jahre.

3. Entwicklung und zentrale Inhalte eines neoliberalen Reformmodells für einen marktwirtschaftlichen Umbau des Gesundheitswesens

Nach dem Regierungswechsel von 1981 setzte auch in der Gesundheitspolitik eine politische »Wende« ein, die maßgeblich durch neoliberale Ökonomen beeinflusst wurde. Nachfolgend werden zunächst die wichtigsten und einflussreichsten Akteure neoliberaler Politikberatung der Gesundheitspo-

litik in den 1980er-Jahren vorgestellt und im Anschluss daran das von ihnen erarbeitete Reformmodell für einen marktwirtschaftlichen Umbau des Gesundheitswesens.

3.1 Hauptakteure der neoliberalen Politikberatung ab Ende der 1970er-Jahre

Im Laufe der 1980er-Jahre beteiligten sich zahlreiche neoliberale Ökonomen und Gesundheitsökonominnen am gesundheitspolitischen Diskurs, um ihn in die von ihnen gewünschte Richtung zu lenken. Nicht alle waren jedoch in gleichem Maße einflussreich. In der Gesamtheit betrachtet zeigt sich eine klare Hierarchie der Bedeutung und des politischen Einflusses. An der Spitze der Hierarchie standen in den 1980er-Jahren Mitglieder zweier sehr einflussreicher Gruppierungen: des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR-W) und des Kronberger Kreises.² Zwischen beiden Gruppierungen gab und gibt es bis heute direkte personelle Verbindungen durch Doppelmitgliedschaften. Der Kronberger Kreis war 1981 als Thinktank der Stiftung Marktwirtschaft gegründet worden und legte in den 1980er-Jahren Vorschläge für einen radikalen marktwirtschaftlichen Umbau zahlreicher Bereiche der Gesellschaft vor, darunter auch des Gesundheitswesens (Kronberger Kreis 1983, 1987, 1988). Der Titel seiner zentralen Publikation zur Gesundheitspolitik bot das Leitthema für die Gesamtheit neoliberaler gesundheitspolitischer Reformvorschläge: »Mehr Markt im Gesundheitswesen« (Kronberger Kreis 1987).

Der Wirtschaftssachverständigenrat hatte sich bis Anfang der 1980er-Jahre darauf beschränkt, den Stand der gesundheitspolitischen Gesetzgebung zu beschreiben, ohne Bewertungen vorzunehmen oder Reformvorschläge zu formulieren. Dies änderte sich 1983. In seinem Jahresgutachten 1983 kritisierte er nicht nur die Gesundheitspolitik der sozialliberalen Regierungszeit, sondern machte auch Vorschläge für einen marktwirtschaftlichen Umbau des Gesundheitswesens (SVR-W 1983: 222-225).

Eine weitere sehr einflussreiche Gruppierung war die Arbeitsgruppe Krankenversicherung, eine informelle Gruppe neoliberaler Gesundheitsökonominnen, die Mitte der 1980er-Jahre von dem Gesundheitsökonom Peter Oberender und dem Sozialrechtler Wolfgang Gitter gegründet worden war und 1988 ihre Reformvorschläge vorlegte (Gitter u.a. 1988). Gitter und Oberender waren ein-

2 Der Gesundheits-sachverständigenrat erscheint in dieser Nennung nicht, da er 1986 gegründet wurde und sein erstes Gutachten erst 1987 vorlegte. Zudem war bis Anfang der 1990er-Jahre mit Klaus-Dirk Henke nur ein neoliberaler Gesundheitsökonom Mitglied des Rates. Erst nachdem mit Günter Neubauer und Eberhard Wille zwei weitere neoliberale Ökonomen in den Rat berufen wurden, errangen neoliberale Sichtweisen und Vorschläge in den Gutachten die Vorherrschaft (SVRKAiG 1994).

flussreiche Vertreter ihrer Disziplinen und pflegten enge und regelmäßige Kontakte zu Ministerialbeamten.³ Die in den 1980er-Jahren in der Politikberatung aktiven neoliberalen Ökonomen entwickelten ein Reformmodell, das nachfolgend als »neoliberales Reformmodell« bezeichnet wird. Es beeinflusst die Gesundheitspolitik bis in die heutige Zeit hinein. Die erste Generation der Entwickler des neoliberalen Reformmodells hatte maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheitspolitik der Ära Kohl. Nach dem Regierungswechsel 1998 übernahm eine neue Generation von Gesundheitsökonominnen das Projekt und passte es an die neuen politischen Verhältnisse an (vgl. u.a. Breyer u.a. 2001; Kronberger Kreis 2002; SVR-W 2002: 163-177; Zweifel/Breuer 2002). Im Mittelpunkt stand dabei die Idee einkommensunabhängiger Beitragspauschalen, die den Übergang von einkommensabhängigen GKV-Beiträgen zu risikoäquivalenten Prämien nach dem Vorbild der privaten Krankenversicherung ermöglichen sollten.⁴ Die Idee ist als »Kopfpauschalenmodell« bekannt geworden und fand unter der Bezeichnung »Gesundheitsprämienmodell« 2003 Eingang in die Programmatik der CDU (CDU 2003). Seit ungefähr 10 Jahren ist es um das neoliberale Reformmodell relativ ruhig geworden, verglichen mit der sehr lebhaften und vor allem auch in die Öffentlichkeit getragenen Diskussion der 1980er- und 1990er- sowie der ersten 2000er-Jahre. Dies sollte jedoch nicht als Rückzug oder Anzeichen eines Scheiterns gedeutet werden. Wie die Rekonstruktion der bisherigen Umsetzung von Inhalten des neoliberalen Reformmodells zeigen wird, sind aus neoliberaler Sicht bereits beachtliche Erfolge zu verzeichnen. Die relative Ruhe dürfte spätestens dann enden, wenn entweder eine gegen die Vermarktlichung gerichtete Politik auf die Agenda gesetzt wird oder eine konservativ-wirtschaftsliberale Regierungskoalition den Umbau weitertreiben und vollenden will.

3.2 Zentrale Inhalte des neoliberalen Reformmodells

Die nachfolgende Zusammenstellung der zentralen Elemente des neoliberalen Reformmodells basiert auf den wichtigsten und einflussreichsten Publikationen der 1980er-Jahre. Dazu gehören vor allem die Gutachten des Wirtschaftssachverständigenrates (insbesondere SVR-W 1983: 222-225; 1985:

3 Der Leiter der für Gesundheitspolitik zuständigen Abteilung im BMA, Karl Jung, bedankte sich beispielsweise in einem auf Einladung von Oberender an der Universität Bayreuth gehaltenen Vortrag für diese Gespräche und daraus entstandenen Anregungen (Jung 1988).

4 Der Begriff »Kopfpauschalen« wurde im Jahr 2000 von Eckhardt Knappe in die neoliberalen Diskussionsforen eingebracht (Knappe 2000: 8). Allgemein bekannt und populär wurde der Begriff durch den Abschlussbericht der Rürup-Kommission, in dem das neoliberale Reformmodell als »Kopfpauschalenmodell« dem Modell der Bürgerversicherung gegenübergestellt wurde (Rürup-Kommission 2003: 161-174).

166-174), die Statements des Kronberger Kreises (Kronberger Kreis 1983, 1987, 1988) sowie die Vorschläge von Peter Oberender und Wolfgang Gitter und der von ihnen gegründeten Arbeitsgruppe Krankenversicherung (Gitter u.a. 1988; Gitter/Oberender 1987). Zwar enthalten die genannten Publikationen in Teilen auch unterschiedliche Vorschläge, in den zentralen Punkten waren sie sich jedoch einig. Insofern ist es angemessen von *einem* Modell zu sprechen.

Im Zentrum des neoliberalen Reformmodells steht das Ziel eines marktwirtschaftlichen Umbaus der gesetzlichen Krankenversicherung. Darauf beziehen sich die meisten Elemente des Modells. Für den Bereich der medizinischen Versorgung sieht das Modell eine weitgehende Deregulierung vor und bedarf von daher aus neoliberaler Sicht auch keiner näheren Konkretisierung. Die Entwicklung kann aus neoliberaler Sicht einem wettbewerblich organisierten Markt überlassen werden.

Allgemeine Versicherungspflicht für eine Basisabsicherung statt Pflichtmitgliedschaft in der GKV: Die gesetzliche Pflicht zur Mitgliedschaft in einer Krankenkasse soll durch eine gesetzliche Pflicht zur Absicherung einer medizinischen Grundversorgung ersetzt werden, so wie es beispielsweise eine gesetzliche Pflicht zum Abschluss einer Kfz-Versicherung gibt. Die GKV als Institution würde dadurch abgeschafft und durch einen Versicherungstarif ersetzt, den sowohl die Krankenkassen als auch die privaten Krankenversicherungen anbieten.

Ausgestaltung der Basisabsicherung: Bei der Frage der Ausgestaltung der Basisabsicherung gab und gibt es unterschiedliche Vorstellungen. Das Spektrum reicht von einem reduzierten GKV-Leistungskatalog bis hin zur Beschränkung auf lebensbedrohliche »Großrisiken« wie beispielsweise kostenaufwändige Krankenhausbehandlungen. Einig waren sich die Vordenker des neoliberalen Modells darin, dass der geltende GKV-Leistungskatalog deutlich reduziert werden sollte.

Ausgliederung »versicherungsfremder Leistungen«: Da sich das neoliberale Reformmodell am Geschäftsmodell der PKV orientiert, folgt daraus auch die Forderung, dass Leistungen, die typischerweise nicht Bestandteil einer privaten Krankenversicherung sind, nicht zur Basisabsicherung gehören dürfen. Das Spektrum der Vorstellungen darüber, was alles zu »versicherungsfremden Leistungen« zu rechnen sei, ist sehr breit und sehr unterschiedlich. Eine Leistung der GKV gehört allerdings mit Sicherheit dazu: die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen. In der PKV gilt der Grundsatz, dass für jede zu versichernde Person ein eigener Versicherungsvertrag abzuschließen ist, für den auch eine eigene Prämie gezahlt werden muss. Dementsprechend ist für Kinder und nicht-erwerbstätige Ehegatten

oder Partnerinnen und Partner jeweils ein gesonderter Versicherungsvertrag abzuschließen und eine gesonderte Prämie zu zahlen (zur Funktionsweise der PKV vgl. Simon 2021).

Freie Wahl des Anbieters der Basisabsicherung: Alle Einwohner sollen die freie Wahl zwischen allen Anbietern der Basisabsicherung haben. Die bisherige Grenze zwischen GKV und PKV würde somit entfallen. Nach Einführung einer allgemeinen Wahlfreiheit gäbe es keine Pflichtmitgliedschaft in einer Krankenkasse mehr. Gutverdienende, junge, gesunde, ledige GKV-Mitglieder könnten in eine PKV wechseln, chronisch kranke und/oder geringverdienende PKV-Versicherte könnten in eine Krankenkasse wechseln. Die sozial ungleiche Verteilung im bestehenden GKV/PKV-System würde somit weiter verschärft.⁵ *Risikostrukturausgleich:* Auch den Entwicklern des neoliberalen Reformmodells war bewusst, dass eine allgemeine Wahlfreiheit ohne Sicherungsmaßnahmen zu massiven Verwerfungen und Problemen führen würde. Ein Teil der Ökonomen schlug deshalb bereits in den 1980er-Jahren vor, zumindest für eine Übergangszeit einen Ausgleich unterschiedlicher »Risikostrukturen« nach dem Vorbild privatwirtschaftlicher Rückversicherungen vorzunehmen. Ein solcher Finanzausgleich wurde zunächst »Risikoausgleich« genannt, daraus wurde später »Risikostrukturausgleich«.

Beitragsgestaltung: Das in den 1980er-Jahren entwickelte Grundmodell sah die Abschaffung einkommensabhängiger Beiträge und den Übergang zu risikoäquivalenten Prämien vor, wie sie in der privaten Krankenversicherung kalkuliert und verlangt werden. Risikoäquivalente Prämien richten sich in ihrer Höhe nach dem zu versichernden »Risiko«, also den voraussichtlich während der Laufzeit des Versicherungsvertrages anfallenden Schadenssummen (in der PKV »Kopfschäden« genannt). Sie sind folglich umso höher, je kränker ein Versicherungsnehmer bei Abschluss des Versicherungsvertrages ist. Die Forderung nach Umstellung der GKV auf risikoäquivalente Prämien ist jedoch politisch hoch brisant und wird darum auch nur sehr selten offen erhoben. Zudem würde eine direkte Umstellung mit hoher Wahrscheinlichkeit auf massiven politischen und auch gesellschaftlichen Widerstand stoßen. Darum gab und gibt es Vorschläge für Übergangs- und Mischlösungen. Dazu

5 Das Problem wird seit mehr als 30 Jahren auch unter neoliberalen und auch SPD-nahen Gesundheitsökonominnen diskutiert und es gibt eine Vielzahl von Vorschlägen, wie Wahlfreiheit ohne massive negative Auswirkungen erreicht werden könnte. Auf all diese Ideen und Konzepte kann hier nicht eingegangen werden. Sie alle sind aber nicht gegen Wahlfreiheit gerichtet, sondern sollen nur die stärksten Verwerfungen abmildern. Bislang – so die hier vertretene These – gibt es kein Konzept, das einer kritischen und fachlich fundierten Analyse standhalten kann. Aus neoliberaler Sicht ist dies insofern kein Problem, als solche massiven Verwerfungen genutzt werden können, um zu zeigen, dass letztlich kein Weg an der Einführung individueller risikoäquivalenter Prämien vorbeiführt.

gehört insbesondere das ab dem Jahr 2000 entwickelte Modell einkommensunabhängiger Beitragspauschalen (Kopfpauschalenmodell).

Abschaffung des Arbeitgeberbeitrags: Der Arbeitgeberbeitrag soll als Lohnbestandteil an die GKV-Mitglieder ausgezahlt werden, danach würde es folglich keinen eigenständigen Arbeitgeberbeitrag mehr geben. Auch diese Forderung orientiert sich am PKV-Modell. Während es in der GKV einen eigenständigen GKV-Arbeitgeberbeitrag gibt, leisten Arbeitgeber bei privat Krankenversicherten nur einen Zuschuss zu deren Versicherungsbeitrag.

Zusatzversicherungen und Wahltarife: Für Leistungen, die über die Basisabsicherung hinausgehen, sieht das neoliberale Reformmodell zusätzliche Versicherungen vor, für die zusätzliche Beiträge beziehungsweise risikoäquivalente Versicherungsprämien zu zahlen sind.

Umstellung von Sachleistungen auf Kostenerstattung: Das in der GKV herrschende Sachleistungsprinzip, aufgrund dessen die Versicherten alle medizinisch notwendigen Leistungen als Sachleistungen erhalten, soll abgeschafft und durch das in der PKV geltende Kostenerstattungsprinzip ersetzt werden. Danach sind die Versicherten der PKV Schuldner aller Rechnungen, die sie zu bezahlen haben und zur Erstattung anschließend ihrer Versicherung einreichen können. Ob und in welcher Höhe eine Kostenerstattung erfolgt, ist dabei vom jeweiligen Versicherungsvertrag abhängig.

Liberalisierung der Leistungserbringung: Jegliche Form staatlicher Planung im Gesundheitswesen soll ebenso wie »Kollektivverträge« zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschafft werden. An ihre Stelle sollen Einzelverträge zwischen einzelnen Krankenkassen bzw. Krankenversicherungen und einzelnen Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapiepraxen, Pflegeeinrichtungen etc. treten. Seit ungefähr 20 Jahren wird dieses Modell der Vertragsbeziehungen unter dem Leitbegriff »Selektivverträge« diskutiert und auch zunehmend in die Praxis umgesetzt.

Das neoliberale Reformmodell war in den 1980er-Jahren noch nicht mit einem Leitbegriff verbunden und wurde eher allgemein als ein an den Grundsätzen der Marktwirtschaft orientiertes Reformkonzept charakterisiert. Erst 1996 wurde vom SVR-W eine Bezeichnung des Modells in die Diskussion eingebracht, die in den darauffolgenden Jahren in neoliberalen Diskussionsbeiträgen aufgegriffen und variiert wurde. Der SVR-W beschrieb das Reformmodell 1996 als ein System, in dem GKV und PKV zu einem »gemeinsamen Versicherungsmarkt« verschmelzen (SVR-W 1996: 250). In seinem Jahresgutachten 2004 wandelte er den Begriff in »einheitlicher Krankenversicherungsmarkt« um (SVR-W 2004: 387). Dieser Begriff wurde in der Folgezeit zu dem zentralen und von vielen Akteuren verwendeten Leitbegriff für das neoliberale Reformmodell.

4. Die Umsetzung des neoliberalen Reformmodells am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung

Nachfolgend wird die bisherige Umsetzung des neoliberalen Reformmodells am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung aufgezeigt. Die Darstellung erfolgt entlang der zentralen Inhalte des Reformmodells und beschränkt sich auf die wichtigsten, für die Umsetzung des neoliberalen Reformmodells relevantesten Gesetzesänderungen. Dabei werden einige Maßnahmen ausgeblendet, die bei einer erweiterten und vertiefenden Analyse durchaus Gegenstand einer näheren Betrachtung sein müssten. Dazu gehören beispielsweise die 1992 eingeführte sogenannte Budgetierung der Gesamtausgaben für zentrale Bereiche der GKV-Ausgaben und die Einführung neuer und Ausweitung bestehender Zuzahlungen.

4.1 GKV-Wettbewerb, Risikostrukturausgleich und Umstellung auf risikoäquivalente Prämien

Wie oben dargelegt, ist das zentrale Ziel des neoliberalen Reformmodells die Abschaffung der GKV als staatlicher Sozialversicherung und Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen. Der erste und bisher wichtigste Schritt in diese Richtung wurde mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1992 vollzogen, das CDU/CSU, FDP und SPD gemeinsam verabschiedeten.

Das GSG enthielt die weitgehende Einführung einer Wahlfreiheit für GKV-Mitglieder zwischen den Krankenkassen. Zuvor waren nur die Ortskrankenkassen (AOK) für alle Mitglieder geöffnet. Alle anderen Kassen standen entweder nur Beschäftigten bestimmter Wirtschaftsbereiche und Unternehmen offen oder waren nur für Angestellte zugänglich. Dieses System hatte zu erheblichen Beitragssatzunterschieden geführt, da Krankheitskosten und Einkommen zwischen den Kassen in hohem Maße sozial ungleich verteilt waren (GKV-Enquêtekommission 1990).

Zum 1. Januar 1996 wurden alle Ersatzkassen durch Gesetz für alle GKV-Mitglieder geöffnet. Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen wurde die Möglichkeit eingeräumt, sich durch Satzungsbeschluss für alle GKV-Mitglieder zu öffnen. Die Öffnung folgte dem Ziel, innerhalb der GKV einen Wettbewerb der Krankenkassen um alle Mitglieder zu eröffnen. Wie oben bereits angesprochen, hätte eine allgemeine Wahlfreiheit zwischen allen Krankenkassen erhebliche Wanderungsbewegungen ausgelöst, die die sozial ungleiche Verteilung in der GKV und die bestehenden Beitragssatzunterschiede weiter verschärft hätte. Um solche finanziellen Verwerfungen zu verhindern, sah das GSG die Einführung eines »Risikostrukturausgleichs« (RSA) vor.

Der erste 1994 eingerichtete RSA gab für den Ausgleich ungleicher »Risikostrukturen« allerdings nur sehr grobe Kriterien vor, wie die Geschlechterverteilung, Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, Altersstrukturen und beitragspflichtige Einnahmen. Unterschiede bei der Morbidität der Versicherten wurden nicht berücksichtigt. Ein solcher RSA bot zahlreiche Ansatzpunkte für Krankenkassen, durch Strategien der »Risikoselektion« günstige »Risikostrukturen« zu erreichen und dadurch Ausgaben zu senken. Das wiederum ermöglichte die Senkung des Beitragssatzes, was vor allem junge, ledige, gesunde Mitglieder anzog und so zu einer sich immer weiter verstärkenden Spirale sozialer Ungleichheit in der GKV führte. Vor allem kleine Betriebskrankenkassen und auch Innungskrankenkassen nutzten ab 1996 die Chancen, öffneten sich und erhöhten die Zahl ihrer Versicherten, vor allem junge gutverdienende, um ein Vielfaches. Dadurch konnten sie mit niedrigen Beitragssätzen werben, was weitere Wanderungsbewegungen auslöste.

Die Probleme verschärfen sich und die ab 1998 regierende rot-grüne Koalition beschloss 2001, den RSA in einen »morbidityorientierten« Risikostrukturausgleich umzuwandeln. Allerdings sollte dieser »Morbi-RSA« nicht das gesamte Krankheitsspektrum berücksichtigen, sondern nur maximal bis zu 80 für die GKV-Finzen besonders relevante Krankheitsgruppen. Die Entwicklung eines solchen RSA war sehr aufwändig und brauchte mehrere Jahre. Erst 2009 konnte er in Kraft treten.

Im Grunde war aber bereits bei Verabschiedung der Reform absehbar, dass auch dieser RSA weiterhin den Krankenkassen die Chance bot, durch selektive Gewinnung »guter Risiken« unterdurchschnittliche Ausgaben pro Versicherte zu erreichen und Überschüsse zu erzielen, um damit ihre Beitragssätze zu senken und weitere vor allem junge, gesunde etc. Mitglieder anziehen.

Die Medienberichte über Strategien der Risikoselektion durch Krankenkassen blieben folglich auch nach Einführung des morbidityorientierten RSA weiterhin ständige »Begleitmusik« der Gesundheitspolitik. Im Rahmen des 2020 beschlossenen Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetzes (GKV-FKG) wurde schließlich entschieden, den RSA auf ein »Krankheits-Vollmodell« (BT-Drs. 19/15662: 2) umzustellen, mit dem das gesamte Spektrum der Krankheiten berücksichtigt wird.

Die Einführung eines morbidityorientierten RSA wird allgemein auch im linken politischen Spektrum als Fortschritt gewertet. Dabei wird jedoch übersehen, dass mit dem RSA die Finanzierung der Krankenkassen schrittweise in Richtung eines Systems risikoäquivalenter Prämien umgestellt wurde. Bereits die Bezeichnung des 1992 beschlossenen Finanzausgleichs als »Risikostrukturausgleich« machte diese Orientierung deutlich. Der RSA soll ein

Ausgleich unterschiedlicher »Risikostrukturen« sein. Der Name und alle Begriffskombinationen, die den Begriff »Risiko« beinhalten, implizieren, dass aus Versicherten der GKV »Risiken« werden und aus Krankenkassen Versicherungsunternehmen, die »Schadensrisiken« versichern.

Krankenkassen sind jedoch keine »Versicherungen« nach dem Vorbild der privaten Versicherungen, sondern – um ein Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichts zu zitieren – »nur organisatorisch verselbständigte Teile der Staatsgewalt« (BVerfGE 39, 302 [314]). Sie sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts verfasste Träger einer staatlichen Sozialversicherung und »üben der Sache nach mittelbare Staatsverwaltung aus« (ebd.). Ihre Hauptaufgabe besteht im Vollzug der Sozialgesetzgebung (ebd.: 313).

Die GKV-Ausgaben werden durch Beiträge finanziert, die nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Mitglieder als Prozentsatz des beitragspflichtigen Einkommens bemessen werden. Die einkommensabhängigen GKV-Beiträge folgen damit dem »Leistungsfähigkeitsprinzip«, bei dem es sich um einen zentralen Grundsatz des Steuerrechts handelt. Faktisch sind GKV-Beiträge eine zweckgebundene Steuer, die juristisch allerdings nicht als Steuer gelten kann, da Steuern nicht zweckgebunden sein dürfen.

Die private Krankenversicherung finanziert ihre Leistungen hingegen durch risikoäquivalente Versicherungsprämien, die auf Grundlage des Äquivalenzprinzips kalkuliert werden. Das Äquivalenzprinzip folgt der Grundlogik des Warentausches, bei dem »Äquivalente« getauscht werden. Der Preis einer Ware – in diesem Fall die Versicherungsprämie – hat sich nach dem Umfang der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen zu richten. Da für Versicherungsnehmer, die bei Vertragsabschluss chronisch krank sind, mehr Leistungen und somit auch höhere Kosten anfallen werden, ist die Versicherungsprämie für Kranke folglich höher anzusetzen als für Gesunde.

Die Konstruktionsprinzipien der GKV und PKV sind grundverschieden und folgen grundsätzlich anderen Zielen. Mit dem RSA wurde jedoch ein zentrales Element der PKV in die GKV eingefügt. Zunächst war dies allerdings noch nicht in dem Maße erkennbar, wie es seit 2009 und in noch stärkerem Maße seit 2020 sichtbar geworden ist. Bis Ende 2008 erfolgte der RSA als System von Ausgleichszahlungen zwischen den Krankenkassen. Es gab »Zahler-Krankenkassen«, die aufgrund ihrer günstigen »Risikostrukturen« Ausgleichszahlungen an »Empfänger-Krankenkassen« mit ungünstigen »Risikostrukturen« leisten mussten.

Dieses System wurde 2009 grundlegend verändert, sodass Krankenkassen seit 2009 faktisch durch risikoäquivalente Prämien finanziert werden, die allerdings nicht von den Versicherten zu zahlen sind, sondern von einem Gesundheitsfonds an die einzelne Krankenkasse überwiesen werden. Das seit

2009 geltende System der GKV-Finanzierung weist die folgenden zentralen Konstruktionselemente auf (zum aktuellen System der GKV-Finanzierung vgl. Simon 2021):

Gesetzlich festgesetzter allgemeiner Beitragssatz: Der allgemeine Beitragssatz wird nicht mehr wie bis 2008 von jeder einzelnen Krankenkasse selbst festgesetzt, sondern durch Gesetz für alle Krankenkassen einheitlich.

Gesundheitsfonds: Die Krankenkassen ziehen den allgemeinen Beitrag zwar weiterhin von den Arbeitgebern ein, haben ihn jedoch in voller Höhe an einen Gesundheitsfonds weiterzuleiten. Der Gesundheitsfonds wird von der für die GKV zuständigen Bundesbehörde verwaltet.

Risikoadjustierte Zuweisungen: Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen auf Grundlage der Kriterien des morbiditätsorientierten RSA pro Versicherten Zuweisungen. Die Zuweisungen bestehen aus einer versichertenbezogenen Grundpauschale und »risikoadjustierten« Zu- und Abschlägen. Im Gesetz ist von »risikoadjustierten Zuweisungen« die Rede, die auf Grundlage der durchschnittlichen Kosten definierter »Risikogruppen« berechnet werden, und dass diese Gruppen auf Grundlage bestimmter »Risikomerkmale« zu bilden sind (§ 266 SGB V).

Kassenindividueller Zusatzbeitrag: Reichen die Zuweisungen des Gesundheitsfonds zur Deckung der Ausgaben einer Krankenkasse nicht aus, hat sie einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu erheben.

Steuerfinanzierter Bundeszuschuss: Zum Ausgleich »versicherungsfremder Leistungen« überweist der Bund einen jährlichen Zuschuss an den Gesundheitsfonds, der entsprechend der Kriterien des Gesundheitsfonds an die Kassen verteilt wird.⁶ Wie oben erwähnt, sind die Begriffe »risikoadjustierte Zuweisungen«, »Risikomerkmale« und »Risikogruppen« wörtlich aus dem 2020 neugefassten Paragraf 266 SGB V zitiert. Die Zitate zeigen, dass die Orientierung dieses Systems am Geschäftsmodell der PKV mittlerweile auch sprachlich immer offener zutage tritt. Noch ist von »risikoadjustierten Zuweisungen« die Rede, faktisch sind es jedoch – wie oben bereits erwähnt – risikoäquivalente Prämien. Im Unterschied zur PKV sind sie jedoch nicht von den Versicherten zu zahlen, sondern von der für den Gesundheitsfonds zuständigen Bundesbehörde. Zwischen die GKV-Mitglieder und die Krankenkassen ist damit eine Art »Zwischenhändler« geschaltet, der die Funktion hat,

6 Der Bundeszuschuss wurde durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2003 zum 1.1.2004 eingeführt. In der ersten Fassung heißt es: »Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen [...] an die Krankenkassen« (§ 221 Abs. 1 SGB V in der Fassung des GMG). Die Regelung und die Höhe des Zuschusses wurden seitdem mehrfach geändert, der Zuschuss und seine Begründung als Ausgleich für »versicherungsfremde Leistungen« jedoch beibehalten.

den einkommensabhängigen allgemeinen GKV-Beitrag in »risikoadjustierte Prämienzahlungen« umzuwandeln, die an die Krankenkassen ausgezahlt werden. Faktisch sind die Krankenkassen für den weit überwiegenden Teil ihrer Finanzierung somit bereits auf ein System risikoäquivalenter Prämien umgestellt. Wenn sie keinen Zusatzbeitrag erheben müssen, gilt dies sogar für 100 Prozent ihrer Finanzierung.

Was noch fehlt, ist der nächste Schritt: Die Abschaffung der einkommensabhängigen GKV-Beiträge und Umstellung auf risikoäquivalente Prämien, die direkt von allen Versicherten zu zahlen sind. Dieser Schritt ist allerdings politisch ausgesprochen brisant und schwer durchsetzbar. Erste Schritte in diese Richtung gab es jedoch bereits. Ausgehend vom »Kopfpauschalenmodell« der CDU beschloss die 2009 bis 2013 regierende Koalition aus CDU/CSU und FDP, dass der 2009 eingeführte und damals nur von den Mitgliedern zu zahlende Zusatzbeitrag ab 2012 auf eine einkommensunabhängige Beitragspauschale umgestellt wird. Damit sollte der Einstieg in eine schrittweise Abschaffung des einkommensabhängigen GKV-Beitrags erfolgen.

Die Umstellung währte allerdings nur kurze Zeit. In der 2013 erneut gebildeten Großen Koalition setzte die SPD durch, dass der Zusatzbeitrag wieder einkommensbezogen erhoben wird. Nach der Bundestagswahl 2017 einigte sich die Große Koalition schließlich darauf, dass der Zusatzbeitrag wieder paritätisch von Arbeitgebern und Mitgliedern zu tragen ist.

Das oben beschriebene System aus Gesundheitsfonds und risikoadjustierten Zuweisungen blieb jedoch erhalten, und 2020 folgte – wie oben bereits erläutert – der Beschluss, den RSA auf ein Krankheits-Vollmodell umzustellen. Wenn dieses Modell in ein paar Jahren entwickelt, erprobt und für den praktischen Einsatz verfügbar ist, sind die technischen Voraussetzungen für die Umstellung von einkommensabhängigen GKV-Beiträgen auf individuell zu zahlende risikoäquivalente Prämien geschaffen. Es bedarf dann nur noch entsprechender politischer Mehrheiten, um auch den letzten Schritt zu vollziehen.

4.2 Umwandlung der Krankenkassen in private Versicherungsunternehmen

Wie oben erwähnt, sieht das neoliberale Reformmodell vor, die GKV als staatliche Sozialversicherung durch einen Versicherungstarif für eine Basisabsicherung zu ersetzen, der sowohl von Krankenkassen als auch privaten Krankenversicherungen angeboten wird. In diesem Modell sind Krankenkassen keine Körperschaften des öffentlichen Rechts mehr, sondern Versicherungsunternehmen mit privater Rechtsform. Auch dieses Element des neoliberalen Reformmodells befindet sich bereits in der schrittweisen Umsetzung.

Wichtige gesetzgeberische Schritte erfolgten während der Amtszeit der Großen Koalition in den Jahren 2005 bis 2009. Im Rahmen der Gesund-

heitsreform 2007 (GKV-WSG) wurde beschlossen, dass alle Krankenkassen grundsätzlich insolvenzfähig sind. 2008 wurden dazu auch die erforderlichen Durchführungsbestimmungen verabschiedet und die Krankenkassen verpflichtet, ihr internes Rechnungswesen und ihre Buchführung dem Handelsgesetzbuch anzupassen. Zugleich wurde festgestellt, dass die Krankenkassen bei der Vergabe von öffentlichen Aufträgen die Vorschriften des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) gelten. 2012 wurden die Kassen bei freiwilligen Zusammenschlüssen der Kontrolle des Kartellamtes unterworfen. Somit sind die Krankenkassen in wichtigen Bereichen bereits dem Geltungsbereich des allgemeinen Wirtschaftsrechts für privatwirtschaftliche Unternehmen unterstellt.

Auch in ihrem Selbstverständnis, ihrer Außendarstellung und ihrem Auftreten haben sich Krankenkassen zunehmend privaten Unternehmen angenähert. Auf ihren Internetseiten stellen sie sich immer eindeutiger als Versicherungsunternehmen dar und bezeichnen sich auch selbst als »Unternehmen« (vgl. exemplarisch Rebscher 2006).⁷ Einige Krankenkassen gaben auch bereits wissenschaftliche Gutachten in Auftrag, die Möglichkeiten privater Rechtsformen für Krankenkassen aufzeigen sollten. So beispielsweise die Techniker Krankenkasse (TK) und die AOK Baden-Württemberg (Kingreen/Kühling 2013; Wille u.a. 2012). Der langjährige Vorstandsvorsitzende der TK gab während seiner Amtszeit mehrfach Interviews, in denen er sich explizit für die Privatisierung der Krankenkassen aussprach, ohne dass dies Sanktionen von Seiten der Politik oder staatlichen Aufsichtsbehörden zur Folge hatte (Klusen 2010, 2011, 2012).

5. Fazit

Zwar ist der von neoliberalen Vorstellungen getriebene marktwirtschaftliche Umbau an vielen Stellen bereits weit vorangekommen, dabei handelt es sich jedoch nicht um eine unumkehrbare Entwicklung. Die bisherigen Erfolge – aus neoliberaler Sicht – konnten vielfach vor allem deshalb erzielt werden, weil inhaltliche Zusammenhänge und langfristige Ziele hinter nebulösen und im Allgemeinen bleibenden Formulierungen versteckt wurden. Insofern besteht dringender Bedarf an Aufklärung über das auch heute noch im Hintergrund wirkende und sehr einflussreiche neoliberale Reformmodell und seine Ziele.

Die Chancen für die Verhinderung einer weiteren Umsetzung des neoliberalen Modells sind in den letzten Jahren deutlich besser geworden als sie

⁷ Herbert Rebscher war langjähriger Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen und der DAK.

es noch bis Ende des letzten Jahrzehnts waren. Heute wird für das neoliberale Reformmodell kaum noch mit der offenen Forderung nach »mehr Markt« im Gesundheitswesen geworben, und Privatisierungen, beispielsweise von Krankenhäusern, werden bereits seit längerem sowohl in der Medienberichterstattung als auch in der öffentlichen und gesundheitspolitischen Diskussion sehr kritisch gesehen.

Die im vorliegenden Beitrag aufgezeigten Entwicklungen im Bereich der GKV wurden in den letzten beiden Jahrzehnten nicht mit dem Ziel einer offenen geforderten Vermarktlichung vorangetrieben und politisch beschlossen, sondern zumeist damit begründet, dass sie entweder zu Ausgaben senkungen oder zu einer sozial gerechteren Mittelverteilung führen (z.B. RSA).

Die zentralen Prinzipien einer solidarischen und sozialen GKV und einer staatlichen Lenkung der gesundheitlichen Versorgung werden immer noch von einer sehr breiten Mehrheit der Bevölkerung getragen. Wenn es gelingt, die Öffentlichkeit über die hier aufgezeigten Entwicklungen aufzuklären und die öffentliche Meinung mehr als bisher zu mobilisieren, kann der Prozess der Vermarktlichung und Ökonomisierung nicht nur aufgehalten, sondern auch umgekehrt werden.

Literatur

- Audier, Serge / Reinhoudt, Jurgen (2019): Neoliberalismus. Wie alles anfang: Das Walter Lippmann Kolloquium. Hamburg.
- Biebricher, Thomas (2018): Neoliberalismus zur Einführung. Hamburg.
- (Hg.) (2016): Der Staat des Neoliberalismus. Baden-Baden.
- Breyer, Friedrich / Grabka, Markus / Jacobs, Klaus / Meinhardt, Volker / Ryll, Andreas / Schulz, Erika / Spieß, Katharina / Wagner, Gert G. (2001): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. URL: <http://www.diw.de/>, Zugriff: 13.09.2021.
- CDU (2003): Deutschland fair ändern. Beschluss des 17. Parteitages der CDU Deutschlands vom 1./2.12.2003.
- Eucken, Walter (1952): Grundsätze der Wirtschaftspolitik. Bern/Tübingen.
- Gitter, Wolfgang / Hauser, Heinz / Henke, Klaus-Dirk / Knappe, Eckhard / Männer, Leonhard / Neubauer, Günter / Oberender, Peter / Sieben, Günter (1988): Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung. Wissenschaftliche Arbeitsgruppe »Krankenversicherung«. Gerlingen.
- Gitter, Wolfgang / Oberender, Peter (1987): Möglichkeiten und Grenzen des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine ökonomische und juristische Untersuchung zur Strukturreform der GKV. Baden-Baden.
- GKV-Enquêtékommision (1990): Endbericht der Enquête-Kommission des 11. Deutschen Bundestages »Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung«. Band 1. Bonn.
- Jung, Karl (1988): Strukturreform im Gesundheitswesen aus Sicht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. In: Oberender, Peter (Hg.) (1988): Neuorientierung im Gesundheitswesen. Bayreuth: 33-62.

- Kingreen, Thorsten / Kühling, Jürgen (2013): *Monistische Einwohnerversicherung. Konzeptionelle und rechtliche Fragen der Transformation der dualen in eine integrierte Krankenversicherungsordnung*. Baden-Baden.
- Klusen, Norbert (2010): »Weltmeister in Gesundheitsreformen«. Interview mit Norbert Klusen. In: *Berliner Zeitung*, 9.7.2010: 16.
- (2011): »Jeder darf wechseln«. Interview mit Norbert Klusen. In: *Focus*, 24.10.2011: 166/167.
 - (2012): »Die Krankenkassen sollten privatisiert werden«. Interview mit Norbert Klusen, Vorstandsvorsitzender der TK. In: *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung*, 10.6.2012: 37.
- Knappe, Eckhard (2000): *GKV braucht eine neue Finanzbasis mit monistischer Individualprämie, Pflicht zur Grundsicherung, Vertragsfreiheit und mehr Wettbewerb*. In: *Der Gelbe Dienst* (15): 6-8.
- Kohl, Helmut (Hg.) (1982): *Regierungserklärung vom 13. Oktober 1982*. Bonn.
- Korzilius, Heike (2018): *Investoren auf Einkaufstour*. In: *Deutsches Ärzteblatt* 115(39): A1688-1692.
- Kronberger Kreis (1983): *Mehr Mut zum Markt*. Schriftenreihe des Kronberger Kreises: Band 1. URL: <https://www.stiftung-marktwirtschaft.de>, Zugriff: 30.9.2021.
- (1987): *Mehr Markt im Gesundheitswesen*. Bad Homburg.
 - (1988): *Das soziale Netz reißt. Vorschläge zur Rettung des Systems der sozialen Sicherheit*. Frankfurt/M.
 - (2002): *Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen*. Berlin.
- Mirowski, Philip / Plehwe, Dieter (Hg.) (2009): *The Road From Mont Pèlerin. The Making of the Neoliberal Thought Collective*. Cambridge, MA.
- Ötsch, Walter Otto / Pühringer, Stephan / Hirte, Katrin (2017): *Netzwerke des Marktes. Ordoliberalismus als Politische Ökonomie*. Wiesbaden.
- Plehwe, Dieter (2009): *Introduction*. In: Mirowski, Philip / Plehwe, Dieter (Hg.) (2009): *The Road From Mont Pèlerin. The Making of the Neoliberal Thought Collective*. Cambridge, MA: 1-42.
- Rebscher, Herbert (2006): *Von der Krankenkasse zum Unternehmen Gesundheit*. In: Rebscher, Herbert (Hg.) (2006): *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung*. Festschrift für Günter Neubauer. Heidelberg: 853-867.
- Rürup-Kommission (2003): *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme*. Bericht der Kommission. URL: <https://www.sozialpolitik-aktuell.de/>, Zugriff: 30.9.2021.
- Simon, Michael (2020): *Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems*. Working Paper Forschungsförderung der Hans Böckler Stiftung. Nr. 196, November 2020. URL: <https://www.boeckler.de/>, Zugriff: 30.9.2021.
- (2021): *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. 7., überar., erw. Aufl. Bern.
- Slobodian, Quinn (2019): *Globalisten. Das Ende der Imperien und die Geburt des Neoliberalismus*. Berlin.
- Stedman Jones, Daniel (2014): *Masters of the Univers. Hayek, Friedman, and the Birth of Neoliberal Politics*. Princeton/Oxford.
- SVR-W, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1983): *Jahresgutachten 1983/84 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*. Bundestags-Drucksache 10/669 vom 24.11.1983.
- (1985): *Jahresgutachten 1985/86 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*. Bundestags-Drucksache 10/4295 vom 22.11.1985.
 - (1996): *Jahresgutachten 1996/97 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*. Bundestags-Drucksache 13/6200 vom 18.11.1996.
 - (2002): *Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum*. Jahresgutachten 2002/2003. URL: <https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/>, Zugriff: 30.9.2021.

- (2004): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/2005. URL: <https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/>, Zugriff: 30.9.2021.
- SVRKAiG, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Sachstandsbericht. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich verändernden Rahmenbedingungen. Baden-Baden.
- Wille, Eberhard / Hamilton, Geert Jan / Schulenburg, J.-Matthias Graf von der; Thüsing, Gregor (2012): Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen: Reformperspektiven für Deutschland, Erfahrungen aus den Niederlanden. Baden-Baden.
- Zweifel, Peter; Breuer, Michael (2002): Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller. Online verfügbar unter: www.vfa.de/, Zugriff: 30.9.2021.

PROKLA ABO

Preiserhöhung für Institutionen

Im Zuge der Ausdifferenzierung der Abo-Varianten erhöhen wir ab 2022 den Preis des Jahres-Abos für Institutionen um 10,- € und hoffen auf Ihr Verständnis.

Wir stellen automatisch um.

Alle Preise im Überblick unter
www.bertz-fischer.de/PROKLA-abopreise