

CHRONIK DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG IN DEUTSCHLAND

Prof. Dr. med. habil.
Jens-Uwe Niehoff



Die finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos
folgt weltweit vier alternativen Konzepten:

1. Eigenfinanzierung individueller Käufer
2. Soziale Friedensicherung
3. Ökonomisierung der Arbeitskraft
4. Wirtschaftsinteressen des medizinisch-industriellen Komplexes

VON DER SELBSTHILFE ZUM „GESETZ, BETREFFEND DIE KRANKENVERSICHERUNG DER ARBEITER“



- 1260 Berg- und Minenarbeiter führten nahe Goslar (am Erzbergwerk Rammelsberg) den sogenannten „Büchsenpfennig“ ein
- 1855 1. betriebliche Krankenversicherung in Preußen machte 1855 die Mitgliedschaft in ihr für Unternehmen mit mehr als 50 Beschäftigten zur Pflicht
- 1842 Mühlheimer Knappschaftsverein
- 1849 gründen Arbeiter in Berlin den Verein zum Schutz der Gesundheit. 1850 wurde dieser als eine sozialdemokratische Gefährdung verboten
- 1876 Das Hilfskassenwesen wird einheitlich geregelt.
- 1878 „Gesetz gegen die gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie“ (kurz: „Sozialistengesetz“)

DIE KAISERLICHE BOTSCHAFT VOM 17.11.1881



„... Schon im Februar dieses Jahres haben Wir Unsere Überzeugung aussprechen lassen, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen ... zu suchen sein werde. Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstage diese Aufgabe von neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, ..., wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterlande ... dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. ... Der engere Anschluß an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen der letzteren **in der Form korporativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung** werden ..., wie Wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein ... nicht gewachsen sein würde. ...“





“ Mein Gedanke war, die arbeitenden Klassen ... zu bestechen, den Staat als soziale Einrichtung anzusehen, die ... für ihr Wohl sorgen möchte.

„GESETZ, BETREFFEND DIE KRANKEN- VERSICHERUNG DER ARBEITER“ VON 1883



Es folgten

- 1884 das Unfallversicherungsgesetz
- 1891 das Gesetz, betreffend die Invaliditäts- und Alterssicherung
- 1911 die Reichsversicherungsordnung, wirkt bis 1991 und wird durch das Sozialgesetzbuch abgelöst
- 1925 die Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten
- 1927 Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung
- 1995 Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)
- 2003 Regelung der Sozialhilfe (SGB XII)

GKV WAR ZUNÄCHST EINE PFLICHTVERSICHERUNG FÜR ...



„Personen, welche gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind:

1. in Bergwerken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Brüchen und Gruben, in Fabriken und Hüttenwerken, beim Eisenbahn- und Binnendampfschifffahrtsbetriebe, auf Werften und bei Bauten,
2. im Handwerk und in sonstigen stehenden Gewerbebetrieben,
3. in Betrieben, in denen Dampfkessel oder durch elementare Kraft (Wind, Wasser, Dampf, Gas, heiße Luft etc.) bewegte Triebwerke zur Verwendung kommen, sofern diese Verwendung nicht ausschließlich in vorübergehender Benutzung einer nicht zur Betriebsanlage gehörenden Kraftmaschine besteht ...,

Als Gehalt oder Lohn im Sinne dieses Gesetzes gelten auch Tantiemen und Naturalbezüge. Der Wert der letzteren ist nach Ortsdurchschnittspreisen in Ansatz zu bringen.“



1885 Ca. 11 % der Wohnbevölkerung sind Mitglied in Pflicht- und Ersatzkassen,
18.971 Krankenkassen

20 % aller Versicherungspflichtigen sind in Ersatzkassen versichert, die aus der
Genossenschaftsbewegung hervorgegangen und deshalb nicht
pflichtversichert sind



- Versicherungspflicht für alle Arbeiter deren Tagesverdienst $6 \frac{2}{3}$ Mark nicht überstieg
- Finanzierung mit Beiträgen ($\frac{2}{3}$ Versicherte, $\frac{1}{3}$ Arbeitgeber) zwischen 1,5 und 6 % des Arbeitsverdienstes
- bei Hilfskassen (Ersatzkassen = Vereinigung zur gegenseitigen Hilfe im Falle von Krankheit, Arbeitslosigkeit, Tod u. a.) Beiträge wurden allein von Versicherten gezahlt



- Leistungsanspruch für mindestens 13 Wochen bei ärztlicher Behandlung, freie Arzneimittelversorgung sowie Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit ab dem 4. Tag nach Eintritt der Krankheit in Höhe von mindestens 50 % des beitragspflichtigen Arbeitsentgeltes
- im Bedarfsfall Übernahme der Kosten einer Krankenhausbehandlung



1. Sachleistungen: ärztliche Behandlung, Arzneimittel und kleinere Heilmittel, im Falle von Arbeitsunfähigkeit Krankengeld ab 3. Tag von mindestens 50 Prozent des Lohnes (Höchstdauer 26 Wochen)
2. Sterbegeld in Höhe des 20fachen Monatslohns
3. Wöchnerinnenunterstützung für vier Wochen nach der Geburt
4. Freiwillige Zusatzleistungen: z. B. Krankenunterstützung bis zu einem Jahr, Krankengeld auf 75 % erhöhen, Verdoppelung des Sterbegeldes und Unterstützung für Wöchnerinnen bis zu sechs Wochen nach der Geburt; außerdem konnten per Satzung Familienangehörige in den Kreis der Leistungsberechtigten einbezogen werden (durch solidarische Finanzierung oder per Zusatzbeitrag)



Eine Krankenversicherung entsprach

- den **Interessen der Arbeiterschaft**, im Falle von Krankheit bzw. krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit, abgesichert zu sein
- den **Interessen der Unternehmer**, für die sich durch soziale Konfliktvermeidung und Ökonomisierung des Einsatzes der Arbeitskräfte die Verwertungsbedingungen des eingesetzten Kapitals (Produktivitätsgewinne) verbesserten
- den **Interessen des Staates** an sozialem Frieden vor dem Hintergrund der sog. Sozialistengesetze (Verbot gewerkschaftlicher und politischer Betätigung für Arbeiter)

WIE GING ES WEITER?



- 1913 Ärztestreik und Berliner Abkommen
- 1923 Ärztestreik und Kampf gegen Polikliniken
- 1916 Rentenalter für Frauen ab 60 Jahre
- 1918 Arbeitszeit für Arbeiter: 8 Stunden täglich / 48 Std. wöchentlich
- 1919 tägliche Arbeitszeit für Angestellte wird auf 8 Stunden begrenzt
- 1920 Tarifautonomie für Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände
- 1925 Unfallversicherung wird ausgedehnt auf Berufskrankheiten und Wegeunfälle
- 1931 Schaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen



1913 Berliner Abkommen:

Mit einer Frist von 10 Jahren wird vereinbart, dass (1.) je 1350 Versicherte ein (Kassen-)Arzt unter Vertrag zu nehmen ist, (2.) der Kassenarzt über eine Zulassung durch den Registerausschuss verfügen und (3.) der Kassenarzt einen Vertrag mit der Kasse haben muss

Ärztestreik 1923 hat zwei Folgen:

- die Ortskrankenkassen errichten Ambulatorien mit angestellten Ärzten, um die Versorgung abzusichern
- Vereinbarung über Konfliktlösung über die Sicherstellungsverantwortung innerhalb von 10 Jahren



Verordnung des Reichspräsidenten zur „Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutz des inneren Friedens“:

- Es wird gesetzlichen Pflicht, Leistungen auf das Notwendigste zu beschränken.
- Behörden können Zulassungssperren aussprechen
- Ärzte können in Regress genommen werden.
- Die Vertrauensärzte der Kassen erhalten gegenüber den Kassenärzten Weisungsbefugnis.
- Ein neuer Arzttypus, der durch die Kassen angestellt und bezahlt wird, wird zu einer realen Perspektive und aus der Sicht der niedergelassenen Ärzteschaft zur „Gefahr“.



- Im Ergebnis von Verhandlungen wird bestimmt, dass
in Gesamtverträgen Kassen und Vereinigungen der Kassenärzte eine Gesamtvergütung vereinbaren, die sich nach dem durchschnittlichen Jahresbedarf eines Kassenmitglieds richtet.
- Damit tritt an die Stelle der Vereinbarungen zwischen Arzt und Kasse die **Kassenärztliche Vereinigung** als Vertragspartner und der Verteilungskonflikt zwischen dem einzelnen Arzt und der Kasse wird zum dauerhaften Verteilungskonflikt innerhalb der Ärzteschaft.

ENTSTEHUNG DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN (III)



Die Ärzteschaft reagierte auf die Notverordnung also mit einem

“ *kühnen Sprung... .Sie erklärte sich bereit, die gesamte ärztliche Behandlung einschließlich ärztlicher Sachleistung und Wegegebühren gegen Überlassung eines bestimmten Prozentsatzes der wechselnden Einnahmen der Kassen zu übernehmen. Das ganze Risiko der unvorhersehbaren Entwicklung der Krankenversicherung sollte also auf die Ärzte übergehen ...“*



- „Gesetz zur Gleichschaltung der Aufsichtsräte von Körperschaften des öffentlichen Rechts“ vom 15.06.1933 (Rechtsgrundlage für Berufsverbote für Sozialdemokraten, Kommunisten, Juden und Gewerkschafter in den Kassenverbänden. (Das betraf in der AOK Berlin 95 % der Angestellten!)
- Allein durch die Vertreibung, Inhaftierung und Ermordung jüdischer Ärzte verliert Berlin 60 % der Ärzte. Die KVn werden „arisiert“ und durch eine Verordnung vom 08.08.1933 zu den alleinigen Trägern der Beziehungen zwischen Kassenärzten und Kassen. Mehr als 50 % der „arisierten“ Ärzte werden Mitglieder der NSDAP und ärztliche Standesvertreter gewinnen erheblichen Einfluss auf die Ausgestaltung der rassenhygienischen Gesetzgebung (Richter-Reichhelm 2004).
- 1935 Gründung der Reichsärztekammer



- 1933 Machtübergabe
- 1934 Abschaffung der Selbstverwaltung der Krankenversicherung
- 1935 Rassengesetze und Stärkung der Privaten Krankenversicherungen
- 1939 Befehl zur "Vernichtung lebensunwerten Lebens"
- 1941 Einführung der Krankenversicherung für Rentner
- 1941 Eheschließung nur zulässig, wenn „Gesundheitszeugnis“ vorliegt



1945 verfügen die Alliierten die Schaffung einer einheitlichen regionalisierten Sozial- und Krankenversicherung,
das Kassenarztrecht wird verboten, ebenso die Ärztekammern,
mit Gründung der BRD und der DDR wird der politische Konflikt der beiden deutschen Staaten massiv auch auf die beiden Krankenversorgungssysteme übertragen

1955 Bundesrepublik: Wiedereinführung des Kassenarztrechts und der Kammern

Phase des Ausbaus (Beispiele)

- 1969 Lohnfortzahlung
- 1972 Gesetz über die Krankenhausfinanzierung
- 1980er Jahre Kostendämpfungsgesetze
- 1995 SGB XI



- 1969 Arbeiter erhalten im Krankheitsfall 6 Wochen lang Lohnfortzahlung
- 1972 Krankenversicherung für Landwirte
- 1974 Gesetz über die duale Finanzierung der Krankenhäuser
- 1975 Sozialversicherung für Behinderte
- 1994 Aufhebung des Wettbewerbsverbots in der solidarischen Krankenversicherung
- 1994 Gesetz über die Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)
- 2001 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) – Rehabilitationsgesetz
- 2002 Fallpauschalengesetz = Beginn des Übergangs in eine Produktmedizin
- 2012 Unterordnung der GKV unter das Kartellrecht, damit das Ende des Bismarck- Modells



Beginn der Transformation der GKV

- ab **1990** Eingliederung des DDR – Gesundheitssystems entsprechend der Empfehlungen des Forschungsbeirats für Fragen der Wiedervereinigung beim Minister für Fragen der Wiedervereinigung der Bundesrepublik von **1961**:
„...die öffentlichen Einrichtungen zur ambulanten Behandlung (Polikliniken, Ambulatorien und der gleichen) sollen Gemeinschaften privater Ärzte zur Verfügung gestellt oder überlassen werden. Aus der werkärztlichen Tätigkeit im Betrieb sind die ihr wesensfremden Aufgaben der medizinischen Behandlung herauszunehmen. ...Die dem Freien Deutschen Gewerkschaftsbund seinen Einzelgewerkschaften sowie der Deutschen Versicherungs-Anstalt der DDR übertragenen politischen, organisatorischen und finanziellen Befugnisse für die Sozialversicherung erlöschen.“
- **1992-94** Aufhebung des Wettbewerbsverbotes für Krankenkassen (Gesundheitsstrukturgesetz) – Übergang von der Bedarfs- zur Gewinnorientierung



Ziel: Das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) setzt Krankenkassen mit privatwirtschaftlichen Dienstleistungsunternehmen gleich. Damit ist die 1. Transformationsstufe vollzogen.

Hierzu urteilt der Bundesrat 2012:

„die ... Änderungen führen zu einer deutlichen Verschlechterung der Versorgungssituation und der Rechte ... der gesetzlich Versicherten. Eine Gleichsetzung der am Gemeinwohl orientierten Krankenkassen mit privatwirtschaftlichen und gewinnorientierten Unternehmen zieht eine Unterordnung der Patienteninteressen unter die des Wettbewerbs nach sich.“



ab 1984	sinkt die Bruttolohnquote auf den Stand von 1960
ab 1994	Schwächung der GKV durch die Lohnsenkungspolitik, Entstehung der working poor, Absenkung der Kassenbeiträge für Arbeitslose
ab 90er	Jahren/frühe 2000er Jahre massive Privatisierungen von Krankenhäusern, systematische Schwächung des genossenschaftlichen Modells von Bismarck durch die Einführung marktwirtschaftlicher Konzepte (RSA, DRG), Abbau von gesetzlichen Regulierungen zur Marktbegrenzung (Entbürokratisierung)
2004	Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
2015 –2017	wirkungslose Versuche, die Folgen des Wettbewerbs zu begrenzen



- **Sozialdarwinistische** Deutungen vertikaler gesundheitlicher Ungleichheiten
- **Toleranzkonflikte** bei horizontalen gesundheitlichen Ungleichheiten
- **Krankheit:** Selbstverschulden oder Solidaritätsimpuls, Autonomie versus Fürsorge
- **Regulation** von Nachteilsausgleiche und individuelle **Freiheit**
- **Einheitskasse** versus gegliedertes System versus Sicherung soziale Privilegien
- **Leistungsumfang und Normensetzung** (unternehmerische Selbstverantwortung oder genossenschaftliche Selbstverwaltung oder Staat)
- massive Zunahme innerärztlicher **Verteilungskonflikte**
- Krankenversicherung: Belastung der **Arbeitskosten** oder individuelles Konsumgut
- Konflikte um **Mitgliedschaft oder Kundenstatus – Genossenschaft oder regulierungsfreie Wirtschaftsunternehmen**



- Krankenhausreformgesetz (Verweildauerkürzung, Bettenabbau, Mindestmengen, Zentralisierung)
- Digitalisierung (Schaffung einer umfassenden Datentransparents, Schaffung der methodischen Grundlagen zur Risikoselektion)
- Ambulantisierung und Entstehung der ambulanter private equity Versorgungskartelle
- Qualitätstransparenzgesetz
- Schaffung von „integrated delivery systems“ (IDS)?
- Globalisierung des Pharmamarktes) ?



Es handelt sich um ein soziales Sicherungsmodell, das sich als leistungs-, ausbau- und bestandsfähig

- unter unterschiedlichsten politischen Bedingungen sowie unter politischen und wirtschaftlichen Katastrophen erwies
- weil das Modell Ursache und Folge wirtschaftlicher Prosperität war
- weil es erfolgreich den tiefgreifenden demografischen Wandel der letzten 120 Jahre bewältigte
- weil es in beispielloser Weise die Entwicklung der medizinischen Versorgungspraxis und die Einführung medizinischer Innovationen förderte
- weil es seinen Schutz sozial undiskriminiert und breit gefächert und ohne Risikoselektion zugänglich machte

DIE GRÖßTEN GEFÄHRDUNGEN SIND ...



- Wandel sozialpolitischer Motive und Konsense
- strukturelle Modernisierungsdefizite
- Anpassungszwänge an globale politische, strukturelle und technologische Entwicklungen
- Wandel der Erwerbsarbeit und der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme