

Hartwig Stein
Volker Böge
Hans-Walter Schmuhl

250 

J A H R E

SOLIDARISCH • SOZIAL • NACHHALTIG

SOLIDARISCH. SOZIAL. NACHHALTIG.
250 Jahre DAK-Gesundheit

LESEPROBE

DAK
Gesundheit
Ein Leben lang.

Inhalt

Geleitwort des Bundespräsidenten	7
Vorwort	8
Vorbemerkung.	10
01 Einleitung	13
02 Der schlesische Ursprung der DAK	
Das Breslau der Aufklärung	21
03 Der norddeutsche Ursprung der DAK	
Das Hamburg der Reaktionszeit	43
04 Die Krankenversicherung für Angestellte im Deutschen Kaiserreich I	
Die „Bismarckzeit“ oder Wachstum im „Windschatten“ der Arbeiterassekuranz.	61
05 Die Krankenversicherung für Angestellte im Deutschen Kaiserreich II	
Die Wilhelminische Ära oder Die Kopfgeburt des Angestellten aus dem Geist der Versicherungsgesetzgebung	81
06 Die „Urkatastrophe des 20. Jahrhunderts“	
Die Krankenversicherung für Angestellte im Ersten Weltkrieg	117
07 Die DAK in der Weimarer Republik	133
08 Die Zeit des Nationalsozialismus	177
09 Das Nachkriegsjahrzehnt	
Mühsamer Wiederaufbau und Einführung der Selbstverwaltung 1945–1955	235
10 Die DAK in Wirtschaftswunderzeiten	
1955–1969	277
11 Die DAK in der sozial-liberalen Ära	
1969–1982	311
12 Zwischen „Wende“ und „Wechsel“	
Die DAK in der „Ära Kohl“ 1982–1998	341
13 Aufbruch in das 21. Jahrhundert	
Die DAK-Gesundheit vor neuen Herausforderungen 1999–2024	383
Abkürzungsverzeichnis.	490
Quellen- und Literaturverzeichnis	496
Zeitstrahl	506



GELEITWORT DES BUNDESPRÄSIDENTEN

für die Jubiläumspublikation aus
Anlass der 250-jährigen Geschichte
der DAK-Gesundheit

250 Jahre des institutionalisierten Solidaritätsgedankens sind wahrlich ein würdiger Anlass, um auf die sozialhistorischen Errungenschaften der gesetzlichen Krankenversicherung zurückzublicken. Deren Vorläufer konnten sich in den wechselvollen Etappen der Geschichte unseres Landes nur dank der großen Beharrungskräfte ihrer verfassten Mitgliederschaft behaupten. Zusammenschlüsse wie die der „hilfsbedürftigen Handlungsdiener“, die sich von 1774 an in Hilfskassen gegen das Krankheitsrisiko organisierten und abzusichern suchten, waren nicht weniger als die Wegbereiter für unseren modernen Sozialstaat und unser zuverlässiges Gesundheitssystem. Beim Eintauchen in die Historie der DAK-Gesundheit, die in ihren unterschiedlichen Vorstufen eng mit der Entwicklung der heutigen mitgliedergetragenen Krankenversicherung verwoben ist, wünsche ich Ihnen eine gewinnbringende Lektüre.

Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier
Juni 2024

VORWORT

Die DAK-Gesundheit ist Deutschlands älteste Krankenkasse. Sie blickt auf 250 Jahre einer wechselvollen Geschichte zurück, hat gesellschaftliche Umbrüche, Kriege und Diktaturen überdauert. Nur sehr wenige Unternehmen können auf eine so lange Geschichte und Tradition zurückblicken.

Am 1. Mai 1774 nahm das „Institut zum Besten hilfsbedürftiger Handlungs-Diener“ nach einem gut zehn Monate dauernden Gründungsprozess im damals zu Preußen gehörenden Breslau seine Arbeit auf. In Europa begann am Ende des 18. Jahrhunderts mit der Aufklärung eine Zeitenwende, die die europäischen Gesellschaften nachhaltig verändern sollte. Während die Ideen der Aufklärung in Frankreich zur Revolution von 1789 führten, nahmen Breslauer „Handlungs-Diener“ ihre soziale Absicherung in die eigene Hand. Diese frühen kaufmännischen Angestellten passten nicht in das Raster der erstarrten ständischen Gesellschaft. Insofern hat der Gründungsgedanke des „Instituts zum Besten hilfsbedürftiger Handlungs-Diener“ eine revolutionäre Wirkung entfacht. Sie markierte einen Wendepunkt in einer sich im Umbruch befindlichen Gesellschaft. Die damals entstandene Idee einer solidarischen Absicherung trägt bis heute und hat sich als Erfolgsmodell erwiesen. Sie ist der Kerngedanke des modernen Sozialstaats.

Dieses Buch nimmt die Leserinnen und Leser mit auf eine Zeitreise durch 250 Jahre Sozialgeschichte. Es ist zugleich ein aktueller Beitrag zur historischen Sozialforschung. In ihm wird die Geschichte der DAK-Gesundheit und ihrer Vorläuferorganisationen differenziert aufgearbeitet, in Bezug auf ökonomische, soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sowie die politischen Einflüsse im jeweiligen Zeitkontext.

Auch heute erleben wir eine Gesellschaft im Umbruch, ist von einer Zeitenwende die Rede. Der kriegerische Überfall Russlands auf die Ukraine hat nicht nur manche Illusionen zerstört, sondern unmittelbare Auswirkungen auf die ökonomischen Rahmenbedingungen des Sozialstaats. Die Digitalisierung nimmt nach rund zwanzig Jahren der Auseinandersetzung im Gesundheitswesen Fahrt auf und wird es ähnlich wie andere Bereiche verändern. Auch der Klimawandel stellt das Gesundheitswesen vor große Herausforderungen. Gleichzeitig stehen wir vor der Aufgabe, überkommene Strukturen grundlegend zu reformieren, beispielsweise im Krankenhaussektor. Dies alles hat unmittelbaren Einfluss auf die strategische Ausrichtung von Krankenkassen. So ist das Buch mehr als eine geschichtliche Aufarbeitung, denn es greift im letzten Kapitel diese Themen auf und skizziert, wie die DAK-Gesundheit sich diesen Herausforderungen stellt. Sie ist für die Herausforderungen der Zukunft wie kaum eine andere Krankenkasse gut aufgestellt und insofern eine traditionsreiche und zugleich sehr moderne Krankenkasse.

Wir bedanken uns im Namen des Verwaltungsrates und des Vorstands bei Herrn Prof. Schmuhl für seine exzellente Arbeit und allen, die ihn dabei unterstützt haben.

Roman G. Weber, LL.M.
Vorsitzender des Verwaltungsrates

Andreas Storm
Vorsitzender des Vorstands

VORBEMERKUNG

Das vorliegende Buch stellt eine aktualisierte Fassung der Publikation „225 Jahre DAK. Gesundheit und soziale Verantwortung“ von Volker Böge und Hartwig Stein [†] dar, die im Jahr 1999 im Dölling und Galitz Verlag veröffentlicht wurde. Da die DAK-Gesundheit in diesem Jahr ihr 250jähriges Bestehen feiert, erschien es angemessen, ihre Geschichte, auf die Publikation aus dem Jahr 1999 aufbauend, fortzuschreiben.

Die Kapitel, die den Zeitraum von 1774 bis 1918 behandeln, stammen aus der Feder von Hartwig Stein, die Kapitel, die den Zeitraum von 1919 bis 1999 beleuchten, wurden von Volker Böge verfasst. Diese Teile des Buches habe ich für die Neuausgabe behutsam gekürzt, überarbeitet und stellenweise ergänzt. Ich danke Herrn Volker Böge und Frau Susanne Stein ganz herzlich für die wohlwollende Durchsicht der Neufassungen dieser Texte.

Angefügt habe ich ein Kapitel über die weitere Geschichte der DAK(-Gesundheit) in den letzten 25 Jahren. Der Umfang des Schlusskapitels erklärt sich aus dem Umstand, dass dieses letzte Vierteljahrhundert in der Geschichte der DAK(-Gesundheit) eine bewegte Zeit gewesen ist. Für einen Historiker ist es stets eine Herausforderung, die Geschichte bis in die unmittelbare Gegenwart hinein nachzuzeichnen. Ohne die

Hilfe von Zeitzeuginnen und Zeitzeugen wäre dies kaum möglich. Ganz herzlich sei deshalb allen Damen und Herren gedankt, die sich die Zeit genommen haben, mich in Interviews an ihrem Insiderwissen teilhaben zu lassen, mir Auskünfte erteilt und Material zur Verfügung gestellt und meine Textentwürfe kritisch gegengelesen haben. Ich danke weiterhin allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der DAK-Gesundheit, die mich bei meinen Archivrecherchen unterstützt haben, namentlich Daniela Heuveling, die mir bei der Kärnerarbeit im Zentralarchiv der DAK-Gesundheit geholfen hat.

Die Arbeit an diesem Buch habe ich – auch wenn die Materie auf den ersten Blick trocken erscheinen mag – als äußerst spannend erlebt. Der genaue Blick auf die Gesetzliche Krankenversicherung bestätigt einmal mehr den Eindruck, dass die klassische Sozialgeschichte, wie sie sich in Deutschland seit den 1960er Jahren etabliert hat, einen verengten Blickwinkel hat, der den Fokus vor allem auf den Staat richtet und andere Akteure und Akteursgruppen, die für den deutschen Sozialstaat systemrelevant sind, weitgehend ausblendet. So beruht das System der Gesetzlichen Krankenversicherung auf dem Zusammenspiel der Krankenkassen und ihrer Spitzenverbände, der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausverbände in der gemeinsamen Selbstverwaltung. Doch sind diese Körperschaften des öffentlichen Rechts, die den staatlichen Versorgungsauftrag umsetzen und dabei, trotz staatlicher Einflussnahme, ihren eigenen Kurs verfolgen, von der Geschichtswissenschaft bisher kaum beachtet worden. Hier eröffnet sich ein weites Feld für die Historische Sozialforschung. Wir hoffen, mit diesem Buch einen Beitrag dazu leisten zu können.

Hameln, Februar 2024
Hans-Walter Schmuhl



01

EINLEITUNG

Wenn man die Geschichte der DAK-Gesundheit aus der Vogelperspektive betrachtet, hat es den Anschein, als ob das Wachstum des Unternehmens dem Verlauf des Stromes gleiche, an dem seine heutige Hauptverwaltung liegt. Diese Parallele beginnt bereits bei den jeweiligen Ursprüngen. In der Tat besitzt die Elbe zwei große Quellen: die im Riesengebirge entspringende Elbe und die aus dem Böhmerwald hervorsprudelnde Moldau. Obwohl das aus den Sudeten kommende Wasser dem Fluss seinen Namen gab, hätte man den Strom genauso gut (oder noch besser) Moldau nennen können. Denn die Moldau ist der längere und stärkere Quellfluss.¹

Die Anfänge der DAK-Gesundheit sind ähnlich zwiespältig. Auch hier finden sich zwei Springquellen, die den Strom ihrer Geschichte gespeist haben: das 1774 im damals preußischen, heute polnischen Breslau (Wrocław) gegründete „Institut zum Besten nothleidender Handlungs-Diener“ und die 1862 aus der Taufe gehobene Krankenkasse des „Vereins für Handlungs-Commis von 1858“ zu Hamburg.

Die DAK-Gesundheit führt ihren Ursprung auf die Breslauer Vorläuferkasse zurück und feiert daher in diesem Jahr ihr 250jähriges Jubiläum. Gegen diese Chronologie ließe sich einwenden, dass die Aktivitäten des Breslauer „Instituts“ erst 1924, also nach 150 Jahren, in den Hauptstrom der Vorgeschichte der DAK-Gesundheit einmündeten, während die 84

Jahre jüngere Hamburger Kasse ihm von Beginn an verbunden war und blieb. Doch entstand mit der Gründung des Breslauer „Instituts“ etwas grundlegend Neues – eine Krankenversicherung nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit auf der Grundlage eines genossenschaftlichen Zusammenschlusses. Dieses innovative Konstrukt sollte zukunftsweisend sein, es prägt die Geschichte der Gesetzlichen Krankenversicherung im Allgemeinen und der DAK-Gesundheit im Besonderen bis in die Gegenwart hinein. Deshalb ist es von der Sache her angemessen, die Geschichte der DAK-Gesundheit im Jahre 1774 beginnen zu lassen.

Zahlreiche Fusionen prägten die (Vor-)Geschichte der DAK-Gesundheit. Wie die Elbe ohne ihre zahlreichen Nebenflüsse nie der Strom geworden wäre, den wir heute kennen, so hätte auch die DAK-Gesundheit ohne ihre Verknüpfungen mit verschiedenen anderen Krankenkassen nie das Gewicht bekommen, das sie heute besitzt. Wie die Elbe zu den mächtigsten natürlichen Wasserwegen Deutschlands zählt, gehört die 250 Jahre junge DAK-Gesundheit zu den führenden bundesrepublikanischen Ersatzkassen auf dem Gebiet der Krankenversicherung. Im 19. Jahrhunderts hätte man die Geschichte der DAK-Gesundheit vermutlich mit dem Begriff des „organischen Wachstums“ gekennzeichnet. Das wäre insofern richtig, als der Erfolg des Unternehmens nicht auf der Initiative einer großen Unternehmerpersönlichkeit beruht, die eine vorhandene Marktlücke erkannt und zielgerichtet ausgefüllt hätte, sondern auf den gemeinsamen, regional unterschiedlich ausgeprägten Selbsthilfebestrebungen interessierter Menschen in vergleichbarer Lebenslage.

Mit dieser Analogie ist die Reihe der Übereinstimmungen zwischen Fluss und Firma allerdings erschöpft. Der Aufbau des Unternehmens geschah nicht naturwüchsig, sondern war Ergebnis menschlicher, teils wohlthätiger, teils betriebswirtschaftlicher Entscheidungen. Der Ausbau fand innerhalb einer Branche statt, in der unterschiedliche Anbieter miteinander konkurrierten. Hinzu kommt, dass die Entwicklung auf dem sozialpolitisch sensiblen Sektor der Krankenversicherung den 1871 vollendeten kleindeutschen Nationalstaat preußischer Prägung schon bald veranlasste, die in den einst unabhängigen deutschen Staaten entstandenen Teilmärkte zu integrieren. Diese Regulierung führte dazu, dass die ursprünglich aus der Gesellschaft heraus geschaffene, lokal kolorierte,

aber auch örtlich bornierte Vielfalt einem gesetzlich vorgeschriebenen System wich, das sich – zumindest im Prinzip – an der Rechtsgleichheit aller männlichen Staatsbürger orientierte. Je mehr sich der Rechtsstaat des Deutschen Reiches daher – nicht zuletzt dank der sozialdemokratischen Opposition – zum Sozialstaat erweiterte, desto stärker verengte sich die unternehmerische Gestaltungsfreiheit. Der einst vergleichsweise freie Markt verwandelte sich in einen relativ gebundenen, vom Staat geregelten Markt – mit all seinen Chancen und Risiken.

Bereits im Kaiserreich lassen sich folglich spätere – ordnungspolitisch mögliche – Ausdrucksformen staatlicher Einflussnahme in embryonaler Form wiedererkennen: Das trifft auf den Dirigismus der NS-Diktatur ebenso zu wie auf die „Sozialisierungen“ in der SBZ, die Förderung einer „sozialen Marktwirtschaft“ in der parallel entstehenden BRD oder die nach der Vereinigung der beiden deutschen Staaten einsetzende Gesundheitsstrukturgesetzgebung der 1990er Jahre.

Geschichte wird nie *gemacht*, sondern stets unter historisch vorgegebenen Rahmenbedingungen mehr oder minder erfolgreich *gestaltet*. Ein Traditionsunternehmen wie die DAK-Gesundheit, deren 250jährige Entwicklung statistisch mehr als acht Generationen umfasst, zeigt diese soziale Bedingtheit menschlichen Tuns (und Lassens) in besonderem Maße, da es die gesamte Geschichte der deutschen Moderne – im Guten wie im Bösen – miterlebt, miterlitten und mitgestaltet hat. Die Unternehmensgeschichte der DAK-Gesundheit und ihrer Vorläufer ist demzufolge keine reine Erfolgsgeschichte. Dieser Umstand fußt nicht nur auf der allgemeinen Tatsache, dass die „große Politik“ die Geschäftspolitik im Zweifelsfall zu Maßnahmen zwang, die sie aus eigener Verantwortung kaum ergriffen hätte. Sie basiert auch auf dem besonderen Faktum, dass die Geschäftspolitik selbst mitunter Positionen vertrat, die aus heutiger Sicht nicht zu rechtfertigen sind. In die Festesfreude mischt sich daher auch die Erinnerung an die dunklen Seiten der eigenen Geschichte. Historische Reflexion weiß nicht nur von den Erfolgen, sondern auch von den Fehlschlägen, kennt nicht nur das Sich-Bewähren und das stille Sich-Behaupten in schwierigen Zeiten, sondern auch das teils gedankenlose, teils mutwillige Vergessen der eigenen Werte und das Versagen in Situationen, in denen es galt, vulnerablen Gruppen gegenüber Solidarität zu beweisen.

Die Festtagsstimmung angesichts eines runden Jubiläums mündet unweigerlich in einen neuen Arbeitsalltag, den die DAK-Gesundheit unter den zunehmend schärfer werdenden Wettbewerbsbedingungen eines im Umbruch befindlichen Gesundheitssystems nur dann erfolgreich bestehen kann, wenn die Menschen, die den lebendigen Kern jedes Unternehmens bilden, eine historische Identität entwickeln, die ihnen die Chance eröffnet, sich nicht nur als beliebige Arbeit- oder Versicherungsnehmer eines beliebigen Unternehmens zu sehen.²

Zu dieser „corporate identity“ soll diese Festschrift einen bescheidenen Beitrag leisten. Bescheiden deshalb, weil sie die Geschichte der DAK-Gesundheit – nicht zuletzt wegen der vielfach verloren gegangenen archivalischen Überlieferung³ – nicht in all ihren Verzweigungen nachzeichnen kann, sondern sich wohl oder übel auf die Grundlinien der Entwicklung konzentrieren muss. Bescheiden ist die Festschrift aber auch, weil sie nicht vorgibt, das, was sie darstellt, endgültig erklären zu können. Geschichtsschreibung ist ein „work in progress“, bleibt beständig im Fluss.

Der griechische Philosoph Heraklit soll die Auffassung vertreten haben, dass alles fließe und folglich kein Mensch zweimal im selben Fluss baden könne.⁴ Wenn das stimmte, gewönne die eingangs entwickelte Parallele zwischen Fluss und Firma am Ende einen Tiefgang, der weit über ihre oberflächlichen Übereinstimmungen hinausginge. Auf jeden Fall erweiterte sich die herkömmliche Frage nach den historischen Leistungen und Fehlleistungen der Unternehmenspolitik auf die grundlegende Frage nach der Essenz der sie tragenden Unternehmensphilosophie.

Dieser Frage gehen wir auf den folgenden Seiten nach. Die Darstellung bietet zunächst eine historisch fundierte, aber allgemein verständliche Unternehmensgeschichte der DAK-Gesundheit und ihrer Vorläufer. Sie gibt zugleich aber auch einen groben Abriss der Sozial(versicherungs)geschichte der deutschen Angestellten und ihrer Hilfs- bzw. Ersatz-(kranken)kassen.

Ob ein solcher Rückblick dem Unternehmen und seiner Mitarbeiterschaft dabei helfen kann, ihren Standort in der Gegenwart richtig zu bestimmen, um letztlich über den Festtag hinaus Weg und Ziel zu finden, kann nur die Zukunft zeigen. Der Historiker ist ja, wenn überhaupt, nur

ein „rückwärts gekehrter Prophet“⁵. Wer das sprichwörtliche „Buch der Geschichte“ aufschlägt, wird am Ende stets mehr Fragen als Antworten finden. Doch auch durch Fragen soll man ja klug werden. In diesem Sinne gab der Schweizer Kulturhistoriker Jacob Burckhardt dem Satz *Historia vitae magistra* – die Geschichte ist die Lehrmeisterin des Lebens – „einen höheren und zugleich bescheideneren Sinn. Wir wollen durch Erfahrung nicht sowohl klug [für ein andermal] als weise [für immer] werden.“⁶

1 Deutsches Historisches Museum (1992), S. 26, 40.

2 Vgl. Erker (1997), S. 364 f.

3 Diese Feststellung trifft namentlich auf die leitenden Provenienzen der staatlichen Versicherungsbehörden zu. Detaillierte Anfragen an das Bundesarchiv, das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen und das Bundesversicherungsamt endeten samt und sonders mit Fehlanzeigen. Die Grundlage der folgenden Darstellung bildet daher das im ZA-DAK vorhandene Archivmaterial, das freilich aufgrund der verwickelten, von unterschiedlichen Kristallisationskernen ausgehenden Geschichte der DAK-Gesundheit sehr lückenhaft ist. Eine Leerstelle bildet vor allem die Zeit vor dem Ersten Weltkrieg. Obwohl wir uns bemüht haben, die Pionierphase des Unternehmens anhand gedruckter Quellen so gut wie möglich nachzuzeichnen, bleibt die Darstellung doch skizzenhaft. Erhebliche Probleme bereitet aber auch das Bedürfnis zur eigenmächtigen „Selbst-Entnazifizierung“ nach 1945, das dazu führte, dass Akten vernichtet wurden. Anhand der vorhandenen Aktenpläne lassen sich Lücken in der Überlieferung zwar noch nachweisen, aber nicht mehr schließen.

4 de Crescenzo (1985), S. 85.

5 Schlegel (1985), S. 33.

6 Burckhardt (o.J.), S. 10



02

DER SCHLESISCHE URSPRUNG DER DAK

Das Breslau der Aufklärung

Aller Anfang ist fern – zumal nach 250 Jahren

Der Wortlaut der Abkürzung DAK heißt Deutsche Angestellten-Krankenkasse. Für uns ist das ein Gemeinplatz. Für die Menschen im letzten Drittel des 18. Jahrhunderts wäre das Kürzel ebenso unverständlich gewesen wie der vollständige Name. Sie hätten ihn, so seltsam das klingt, als Kombination dreier Fremdwörter wahrgenommen, die in den gängigen Wörterbüchern entweder gar nicht oder ganz anders als heute erklärt worden wären.

Diese erstaunliche Tatsache beginnt bereits beim Grundwort Krankenkasse. Obwohl wir Menschen seit alters her von allen möglichen Krankheiten geplagt werden, ist der Gedanke der gegenseitigen Versicherung durch vorsorgliche, möglichst breite Verteilung des Krankheitsrisikos eine ausgesprochen moderne Idee, die sich erst im Zuge der aufkommenden urbanen Massengesellschaft entwickelt und durchgesetzt hat. Wer die einschlägigen Lexika des 18. Jahrhunderts aufschlägt, wird unter den seinerzeit geläufigen Ausdrücken für Versicherung nur die schon damals traditionelle See-Transportversicherung, die Feuerversicherung, die Versicherung gegen Ernteschäden und die eben entstehende Lebensversicherung finden.¹

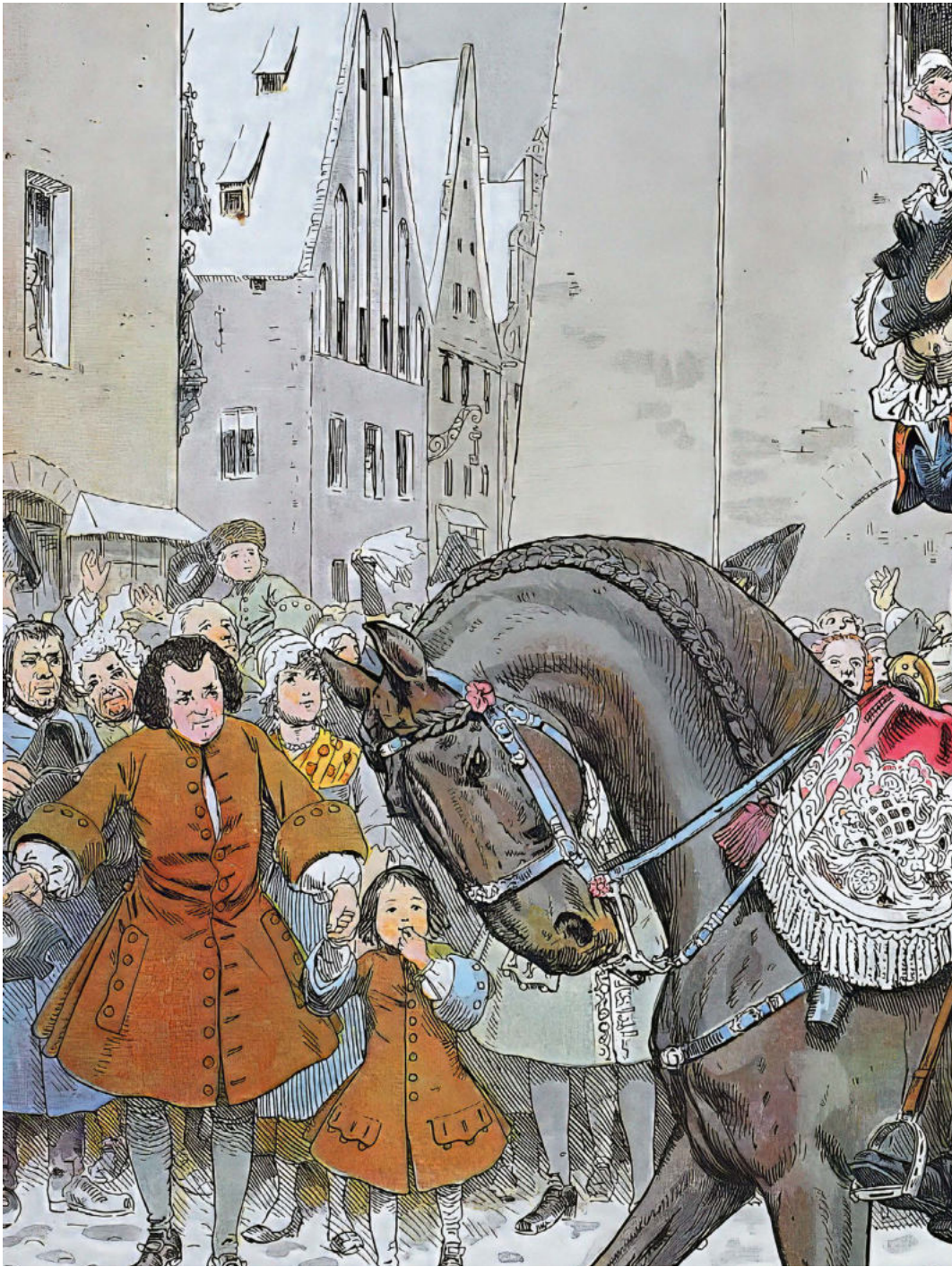
Ausgangs des 18. Jahrhunderts wäre auch das Bestimmungswort unverständlich gewesen. Angestellte im heutigen Sinne gab es vor 250 Jahren noch nicht. In größeren Handels- und Residenzstädten existierte

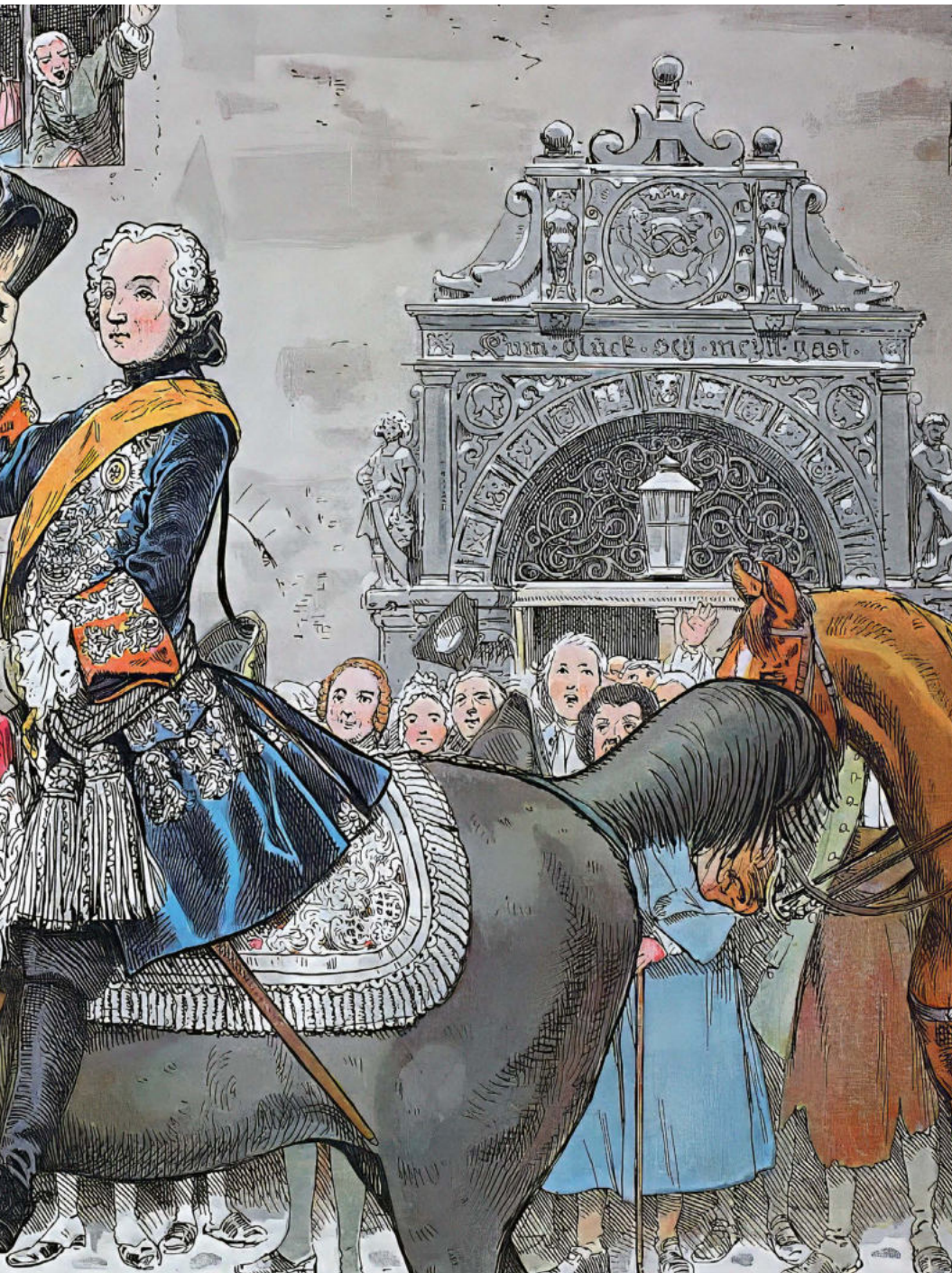
aber eine wachsende Gruppe von Kaufmannsgehilfen, Handelsdienern oder Commis, die zum Kristallisationskern der im Gefolge der Hochindustrialisierung entstehenden Schicht der Angestellten werden sollte. Schon gegen Ende des 18. Jahrhunderts machte sich eine fortschreitende Arbeitsteilung bemerkbar, das Berufsbild des Commis differenzierte sich weiter aus. Der typische Handlungsdiener war kein Generalist (mehr), sondern ein (qualifizierter) Spezialist. In der Praxis wurden die Kaufmannsgehilfen deshalb schon damals nach ihren „Verrichtungen“ eingeteilt. Man unterschied im Wesentlichen sieben Funktionen: „Buchhalter“, „Cassir[er]“, „Complementirer“ [Prokurist oder Komplementär einer Kommanditgesellschaft], „Contorist“ [Handels-Korrespondent], „Faktor“ [Kommissionär], „Laden-, Gewölbe- oder Waaren-Diener“ und „Reisediener“ [Vertreter].²

Fremd wäre den Menschen des 18. Jahrhunderts schließlich auch das Eigenschaftswort deutsch gewesen. Ein deutsches Staatswesen gab es 1774 genausowenig wie einen französischen, großbritannischen oder russischen Nationalstaat. Zwar existierte das aus dem Kaisertum des Mittelalters überkommene „Heilige Römische Reich Deutscher Nation“ noch bis zu seiner Selbstaflösung im Jahre 1806 weiter. Doch war dieses Staatsgebilde nicht viel mehr als ein Konglomerat „von ungefähr 1600 reichsunmittelbaren Territorien und Städten, die dem Reich auf dem Weg zur Staatlichkeit oft bereits weit [...] vorausgeeilt waren.“³

Die Gründung des „Instituts zum Besten nothleidender Handlungs-Diener“ am 1. Mai 1774

1741 wurde Breslau, die größte Stadt Schlesiens, bis dahin Teil des Erzherzogtums Österreich, nach langer Belagerung von preußischen Truppen besetzt und zur Huldigung Friedrichs des Großen gezwungen. Nach dem Ersten Schlesischen Krieg übergab Erzherzogin Maria Theresia 1742 den größten Teil des Herzogtums Schlesien als souveränen Besitz an den preußischen König. Im Siebenjährigen Krieg (1756–1763) hart umkämpft, fiel Breslau mit dem Hubertusbürger Frieden von 1763 endgültig an die Hohenzollernmonarchie.⁴ Die ökonomische und politische





*Friedrich der Große reitet in Breslau ein, 1741.
Mit dem Übergang an Preußen begann für die schlesische
Handelsmetropole eine Phase der Stagnation
Abbildung: Mondadori Portfolio/gettyimages*



13

**AUFBRUCH IN DAS
21. JAHRHUNDERT**

Die DAK-Gesundheit vor
neuen Herausforderungen
1999–2024

Die Welt im Umbruch

Seit der Jahrtausendwende zeichnet sich immer deutlicher ab, dass die Weltgesellschaft in eine Phase grundstürzender, in atemberaubendem Tempo voranschreitender, alle Dimensionen menschlicher Existenz erfassender Umbrüche eingetreten ist. Diese werden – soweit sich dies heute schon absehen lässt – weitreichendere und tiefgreifendere Auswirkungen auf die Menschheit haben als die Industrielle Revolution am Anfang der Moderne. Angetrieben wird die Entwicklung durch mehrere, sich wechselseitig verstärkende Basisprozesse:

Hier ist, *erstens*, das exponentielle Wachstum der Weltbevölkerung zu nennen: Lebten im Jahre 1960 etwa 3 Mrd. Menschen auf der Erde, so waren es im Jahre 2000 bereits mehr als 6 Mrd., gegenwärtig sind es rund 8 Mrd., um die Mitte des Jahrhunderts werden es voraussichtlich mehr als 10 Mrd. sein.¹ Dann wird der so genannte Demographische Übergang – von dem für vorindustrielle Gesellschaften typischen demographischen Muster mit *hohen* Geburten- und Sterberaten hin zu dem für entwickelte Industriegesellschaften typischen Muster mit *niedrigen* Geburten- und Sterberaten – in allen Regionen der Welt abgeschlossen sein und die Weltbevölkerung kaum noch zunehmen. Bis dahin jedoch wird sie, weil die Sterberaten früher und schneller sinken als die Geburtenraten, noch einmal kräftig anwachsen. Dieses Wachstum verteilt sich ungleichmäßig. Während in entwickelten Industriestaat-

ten – so auch in Deutschland – die natürliche Bevölkerungsbewegung mittlerweile einen negativen Saldo aufweist, nimmt die Bevölkerung in den Schwellen- und Entwicklungsländern des Globalen Südens, insbesondere in Afrika südlich der Sahara, stark zu. Diese Entwicklung hat, global betrachtet, eine starke Ausweitung der landwirtschaftlichen Produktion, einen dementsprechend steigenden Ressourcenverbrauch und eine zunehmende Klimabelastung zur Folge, in den Ländern mit dem stärksten Wachstum führt sie zu Armut, Hunger, Unterbeschäftigung, sozialen Spannungen, politischen Konflikten und nicht zuletzt zu einem starken Migrationsdruck. Den in den Ländern des Globalen Südens wirksamen *Push*-Faktoren stehen *Pull*-Faktoren in den Staaten Europas und Nordamerikas gegenüber. Diese sind wegen des immer knapper werdenden Angebots auf den nationalen Arbeitsmärkten auf Zuwanderung angewiesen, bieten den Zuwanderern auch ungleich bessere Lebenschancen als deren Herkunftsländer – die Konsequenz ist eine (mehr oder weniger geregelte) Wanderungsbewegung von Süd nach Nord mit all ihren ökonomischen, sozialen, politischen und kulturellen Konsequenzen.

Der demographische Trend korrespondiert, *zweitens*, mit der Globalisierung der Wirtschaft, die im 16. Jahrhundert mit dem europäischen Kolonialismus begonnen hat und gegen Ende des 20. Jahrhunderts in eine entscheidende Phase eingetreten ist. Die Volkswirtschaften sind heute weltweit eng miteinander verflochten – Finanzkrisen in einzelnen Ländern können das globale Finanzsystem ins Wanken bringen; Konjunkturerinbrüche an einem Ende der Welt haben Auswirkungen in exportorientierten Volkswirtschaften am anderen Ende; werden weltumspannende Lieferketten unterbrochen, führt dies zu Produktionsstockungen überall auf dem Globus; tendenziell ist ein weltweiter Arbeitsmarkt entstanden, der zur Abwanderung ganzer Industrien in Billiglohnländer führen kann. Weltweit operierende Konzerne lassen sich kaum noch durch nationales Recht einhegen. Die Entstehung eines Weltmarktes hat zudem die internationalen Verkehrsströme vervielfacht, die Welt ist zu einem einzigen Kommunikationsraum geworden. Die mit der wirtschaftlichen Verflechtung einhergehende kulturelle Globalisierung bedroht tendenziell die Vielfalt menschlicher Sprachen und Kulturen.



Mit der Globalisierung hängt, *drittens*, die Verschiebung der politischen Kräfteverhältnisse innerhalb einer zunehmend multipolaren Welt zusammen. Die Herausbildung einer stabilen multilateralen Weltordnung steht noch ganz am Anfang. Bis sich eine solche Ordnung etabliert hat, durchlaufen die internationalen Beziehungen eine krisenhafte Phase, die von Spannungen und Konflikten geprägt ist – Russlands Krieg gegen die Ukraine und das Wiederaufbrechen des Nahostkonflikts beleuchten schlaglichtartig die außen- und sicherheitspolitischen Risiken dieser Entwicklung.

Noch kaum abzusehen sind, *viertens*, die Folgen des globalen Klimawandels. Klar ist nur, dass sich alle Staaten der Erde durch einen grundlegenden Umbau der Landwirtschaft, der Industrie und des Verkehrs, die drastische Senkung klimaschädlicher Emissionen, die Umstellung von

Hafen von Busan/Südkorea. Der Container hat den Welthandel revolutioniert und ist zum Symbol der Globalisierung geworden.

Foto: Philippe Turpin/gettyimages

fossilen zu erneuerbaren Energien, eine völlig neue, an Wetterextreme angepasste Infrastruktur, eine ökologisch fundierte Stadtplanung, Architektur und Bauwirtschaft usw. auf die sich verändernden klimatischen Bedingungen einstellen müssen.

Schließlich ist, *fünftens*, auf die Digitale Revolution hinzuweisen. Sie hat nicht nur grundlegende Auswirkungen auf Wirtschaft und Arbeitswelt, sie verändert darüber hinaus den Alltag der Menschen, ihre Kommunikationsformen, die sozialen Beziehungen, den gesellschaftlichen Diskurs, die politische Kultur. Sie hat sogar, wie sich immer deutlicher abzeichnet, Einfluss auf die *conditio humana*: Mit fortschreitender Digitalisierung verändern sich die kognitiven Eigenschaften des Menschen, seine Wahrnehmungsmuster, seine Aufmerksamkeitsspanne, sein Zeitbewusstsein, sein Gedächtnis, mit möglichen Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit.

Die Politik steht weltweit vor der Herausforderung, mit dem von diesen Basisprozessen ausgehenden Veränderungsdruck vorausschauend umzugehen, Wandel zu gestalten, dabei die bedrohten Lebensgrundlagen der Menschheit zu schützen, Risiken zu managen, Chancen zu erkennen, Potenziale und Ressourcen zu nutzen. Deutschland tut sich schwer damit. Das hat einerseits mit den Besonderheiten des politischen Systems der Bundesrepublik zu tun, das – vor dem Hintergrund der Erfahrungen des „Dritten Reiches“ – im Grundgesetz so angelegt ist, dass die politischen Gewichte zwischen Regierung und Parlament, Bund und Ländern fein austariert sind – was wiederum ein staatliches Durchgreifen in Krisensituationen erschwert. Andererseits hängt es aber auch mit Besonderheiten der politischen Kultur zusammen, die mit dem im Grundgesetz verankerten Sozialstaatsgebot zu tun haben.

Der Sozialstaat zwischen Etatismus und Neoliberalismus

Die politische Kultur der Bundesrepublik Deutschland war seit den 1950er Jahren geprägt vom Versprechen einer „nivellierten Mittelstandsgesellschaft“ – unter diesem Schlagwort hatte der Soziologe Helmut Schelsky 1953 seine These formuliert, dass Westdeutschland auf dem Weg aus der Klassengesellschaft heraus sei.² Erreicht werden sollte dies durch die „soziale Marktwirtschaft“, ein politisches Konzept, das Elemente des Ordoliberalismus, der christlichen Soziallehre, des Staatsinterventionismus und eines freiheitlichen Sozialismus miteinander verband und einen dritten Weg zwischen dem Wildwuchs der kapitalistischen Marktwirtschaft und dem starren Korsett der sozialistischen Planwirtschaft weisen wollte. Es ging, kurzgefasst, um die politische Einhegung des Marktgeschehens unter dem Gesichtspunkt des sozialen Ausgleichs.³ Die Wirtschaftspolitik der frühen Bundesrepublik wich von diesem Entwicklungspfad durchaus ab. Dennoch: Die soziale Marktwirtschaft, „ob sie nun real existierte oder nicht“, wurde „zur Leitideologie der Bundesrepublik Deutschland“.⁴

Zwar ebneten sich die sozialen Unterschiede in der alten Bundesrepublik keineswegs ein. Dies fiel aber so lange nicht ins Auge, wie das wirtschaftliche Wachstum alle Gesellschaftsschichten wie in einem Fahrstuhl nach oben streben ließ, so dass sie alle am wachsenden Wohlstand partizipierten, ohne dass sich die Abstände zwischen ihnen verringert hätten. Eine kompensatorische Sozialpolitik sollte auch jene Bevölkerungsgruppen einbinden, die im Windschatten des „Wirtschaftswunders“ zurückfielen. Die Zukunftsperspektive der „nivellierten Mittelstandsgesellschaft“ trug letztlich bis zur Vereinigung der beiden deutschen Staaten. Im „Vereinigungsboom“ der frühen 1990er Jahre schien sie sogar zur Parole des vereinten Deutschlands zu werden. Und tatsächlich: Auch wenn die Unterschiede zwischen West und Ost noch nicht völlig eingeebnet sind, hat Deutschland doch Ende des 20. Jahrhunderts ein bis dahin nicht gekanntes Niveau an materiellem Wohlstand und sozialer Sicherheit erreicht. Diesen Status quo zu bewahren – das ist, explizit oder implizit, die Leitlinie aller Regierungen seit 1998.

Inzwischen ist jedoch unübersehbar geworden, dass die Kluft zwischen den oberen und den unteren Gesellschaftsschichten breiter und tiefer geworden ist – die Unterschiede insbesondere in der Vermögensverteilung nehmen stetig zu.⁵ Verändert hat sich zugleich die Art und Weise, wie sich soziale Ungleichheit konstituiert. Die klassische „Soziale Frage“ – verstanden als Interessengegensatz zwischen Arbeiter- und Unternehmerschaft – ist durch eine „Neue Soziale Frage“⁶ überlagert worden, die durch die Grenzen des Normalarbeitsverhältnisses definiert wird.⁷ Es sind vor allem drei Faktoren, die zur Erosion des Normalarbeitsverhältnisses beigetragen haben: die Verschiebung der Gewichte innerhalb der Weltwirtschaftsstruktur vom sekundären zum tertiären Sektor, die mit einem Abbau von qualifizierter Beschäftigung in der Industrie und einer Zunahme minder qualifizierter Beschäftigung im Dienstleistungsbereich verbunden ist, die Globalisierung der Arbeitsmärkte, die eine Verlagerung von Arbeitsplätzen in Billiglohnländer nach sich gezogen hat, und schließlich der technologische Quantensprung zur Mikroelektronik, der alle Arbeitsprozesse revolutioniert, einen enormen Rationalisierungsschub ausgelöst und menschliche Arbeitskraft in großem Stil ersetzt hat. Jenseits des Normalarbeitsverhältnisses bildet sich ein überaus heterogenes Prekariat heraus, das es bestenfalls zu ungesicherten Beschäftigungsverhältnissen bringt oder, ganz aus der Arbeitswelt ausgegrenzt, auf staatliche Transferleistungen angewiesen ist.⁸ Risikofaktoren, die ein Abgleiten in das Prekariat beschleunigen können, sind Verschuldung, Scheidung, Kinderreichtum, chronische Krankheit, Behinderung, Sucht, Alter, ein Migrationshintergrund, fehlende berufliche Qualifikation und der eingeschränkte Zugang zu Bildungsgütern.

So expandiert der Sozialstaat – nach einem Jahrzehnt der Leistungseinschränkungen zwischen Mitte der 1970er und Mitte der 1980er Jahre – seit etwa 1985 und vor allem seit der Vereinigung der beiden deutschen Staaten 1989/90 kontinuierlich. Die Sozialleistungsquote liegt trotz des steigenden Bruttoinlandsprodukts stabil bei etwa dreißig Prozent. Die Ausrichtung der Sozialpolitik seit dem Ende der 1990er Jahre oszilliert – unter allen Regierungen seit 1998 – zwischen reaktiv-kompensierenden und präventiv-aktivierenden Konzepten. Dies ist weniger Ausdruck einer fehlenden Gesamtstrategie als vielmehr das Ergebnis

eines komplizierten Steuerungsprozesses: Die Einführung neoliberaler Elemente in das System sozialer Sicherung benachteiligt Menschen mit eingeschränkten Lebenschancen aus dem neuen Prekariat, weil diese nicht dieselben Voraussetzungen wie andere „Marktteilnehmer“ haben und deshalb die durch das Prinzip des Förderns und Forderns neu eröffneten Möglichkeiten zum Aufbau einer selbstbestimmten, unabhängigen und eigenverantwortlichen Existenz nicht im selben Maße nutzen können. Soziale Ungleichheiten, Brüche und Verwerfungen werden verschärft. Der politische Druck auf den Staat, solche Fehlentwicklungen durch eine kompensatorische Sozialpolitik auszubalancieren, steigt – was wiederum zur Folge hat, dass sich die Kostenschraube weiterdreht. Und wieder sieht sich der Staat unter Zugzwang gesetzt, gegenzusteuern und neoliberale Elemente in das System sozialer Sicherung einzubauen. Zugespitzt formuliert: Jede marktwirtschaftliche Deregulierung führt zu sozialen Härten, die staatliche Steuerungsprozesse nach sich ziehen, die wiederum die Frage der marktwirtschaftlichen Deregulierung auf der politischen Agenda weiter nach oben rücken.

Strukturreform im Zeichen eines regulierten Wettbewerbs. Gesundheitspolitik seit den 1990er Jahren

Auch die Ausgaben im Gesundheitswesen steigen in der Bundesrepublik Deutschland seit Jahrzehnten stetig an. Lagen sie im Jahr 2000 noch bei rund 214,6 Mrd. €, wobei 123,4 Mrd. € auf die Gesetzliche Krankenversicherung entfielen, so erreichten sie 2021 die Marke von 474,1 Mrd. € – davon wurden 255,1 Mrd. € von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben je Einwohner stiegen von 2.635 € (2000) auf 5.699 € (2021), der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt von 10,2 Prozent (2000) auf 13,2 Prozent (2021).⁹ Mögen die starken Zuwächse seit 2020 auch zu einem guten Teil der Coronapandemie geschuldet sein, so ist der Trend doch unverkennbar. Der Kostenanstieg hat mehrere Ursachen. Hier ist, *erstens*, der Fortschritt der medizinischen Wissenschaft zu nennen, die immer neue,

immer aufwändigere, immer teurere Diagnose- und Therapieverfahren entwickelt. Ein Ende ist hier, gerade auch mit Blick auf die Entwicklung der personalisierten Medizin, nicht in Sicht. Ein wesentlicher Kostentreiber ist, *zweitens*, der demographische Wandel, der durch niedrige Geburtenraten, eine sinkende Sterblichkeit, eine sprunghaft gestiegene Lebenserwartung und einen stetig steigenden Altersdurchschnitt geprägt ist. Der Anteil der Menschen über sechzig Jahre an der Gesamtbevölkerung nimmt kontinuierlich zu und wird Mitte des 21. Jahrhunderts voraussichtlich bei einem Drittel liegen. Damit wächst zwangsläufig die Gruppe der hochaltrigen, multimorbiden, behandlungs- und pflegebedürftigen Menschen, die hohe Kosten verursachen. *Drittens* ist aber auch auf die besondere Struktur des historisch gewachsenen Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verweisen, die zu einer verzerrten Marktgeschehen führt, setzt es doch den Ausgleich von Angebot und Nachfrage durch den Preis ein Stück weit außer Kraft.

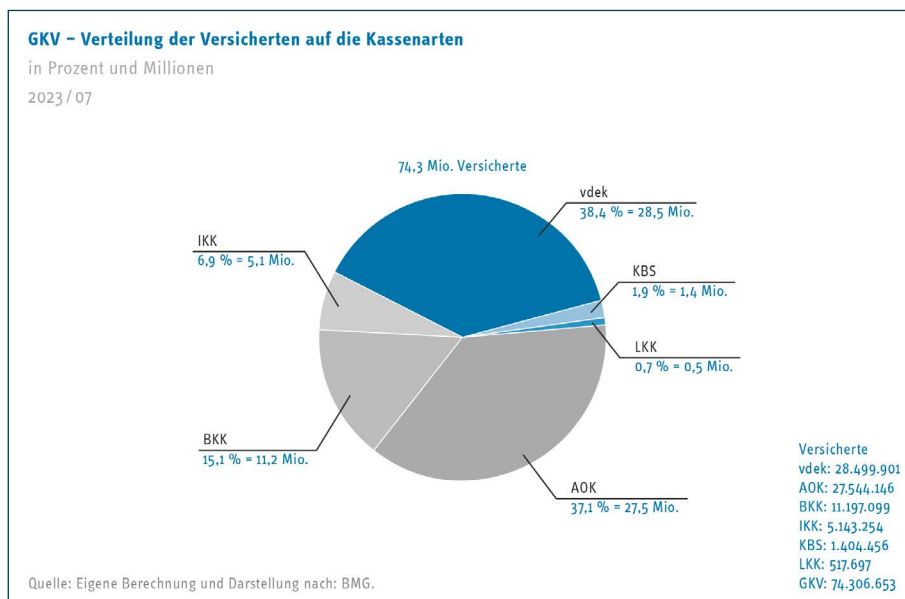
Der Kassenpatient verhält sich in der Regel nicht zweckrational im Sinne der Solidargemeinschaft. Im Prinzip hat er zwar ein Interesse daran, Gesundheitsgüter sparsam zu verbrauchen, werden diese doch aus seinen Beiträgen bezahlt, aber dies ist ein kollektives und daher sehr abstraktes Interesse, das sich im Handeln des Einzelnen kaum niederschlägt. Gewiss kostet die Behandlung seine Beiträge, die er aber ohnehin entrichtet – er wird also versuchen, für seine zwangsweise abgeführten Beiträge möglichst viel an Leistung für sich in Anspruch zu nehmen, mögen auch Politiker über die „Flatrate-Mentalität“ in der Gesetzlichen Krankenversicherung lamentieren. Die Krankenkassen haben zwar, wie gleich noch gezeigt werden soll, mittlerweile ein grundsätzliches Interesse daran, mit den Beiträgen ihrer Mitglieder sparsam zu wirtschaften, sie unterliegen aber im Hinblick auf das von ihnen vorzuhaltende Leistungsspektrum und die Aushandlung von Preisen mit den Leistungsanbietern einer Vielzahl staatlicher Vorgaben, die dazu führen, dass sie sich nur bedingt marktkonform verhalten können. Die Ärztinnen und Ärzte wiederum spielen auf dem Markt für Gesundheitsgüter eine geradezu paradoxe Rolle, sind sie doch Anbieter und Nachfrager in einer Person: Sie bieten Leistungen für die Gesundheit nicht nur an, sie bestimmen letztlich auch über den Umfang der Nachfrage nach diesen Leistungen. Die Patientinnen und Pa-

tienten machen nur den allgemeinen Bedarf geltend, die Ärztinnen und Ärzte entscheiden darüber, auf welche Weise und mit welchen Mitteln dieser Bedarf gedeckt werden soll. Und da sie damit zugleich die Höhe ihres Einkommens beeinflussen, können sie an sich kein ökonomisches Interesse daran haben, den Leistungsumfang möglichst gering zu halten. Hier steuert der Staat mit gedeckelten Budgets, Pauschalen und Regelleistungsvolumina gegen, ohne das Phänomen der „anbieterinduzierten Nachfrage“ wirklich in den Griff zu bekommen. Auch die Krankenhäuser müssen ein Interesse an einer „Mengenausweitung“ haben, selbst wenn dabei Gesundheitsleistungen erbracht werden, die nicht notwendig, vielleicht nicht einmal zweckmäßig und schon gar nicht wirtschaftlich sind. Und auch die Pharmaindustrie und die Produzenten von Heil- und Hilfsmitteln sind in erster Linie an hohen Umsätzen interessiert.

Bis zur Mitte der 1970er Jahre hatte die Politik dem stetigen Kostenanstieg im Gesundheitswesen keine allzu große Bedeutung beigemessen. Dies änderte sich nach der Ölpreiskrise von 1973. Von der Mitte der 1970er bis zum Beginn der 1990er Jahre verfolgten alle Bundesregierungen – unabhängig von ihrer parteipolitischen Zusammensetzung – auf dem Gebiet des Gesundheitswesens eine „strukturkonservierende Kostendämpfungspolitik“:¹⁰ In einer schier unübersehbaren Reihe von „K-Gesetzen“ – wie die verschiedenen Gesetze zur „Kostendämpfung“ genannt wurden – versuchte man, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen einzudämmen und die Beiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung stabil zu halten. Einen „Paradigmenwechsel“¹¹ bildete dann, wie bereits beschrieben, das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992. Seitdem zielt die Gesundheitspolitik – wiederum unabhängig vom Farbenspiel der Regierungskoalitionen – auf eine Strukturreform, die sich am „Leitbild des regulierten Wettbewerbs“¹² orientiert. Dieser Reformansatz hat scheinbar paradoxe Konsequenzen: Der Versuch, den Gesetzen des Marktes im System der Gesetzlichen Krankenversicherung mehr Geltung zu verschaffen, geht mit immer tiefgreifenderen und weitreichenderen staatlichen Eingriffen einher. Sinn des immer komplexeren gesetzlichen Regelwerks ist es, Fehlanreize, die durch die Stärkung marktförmiger Beziehungen im Gesundheitssystem entstehen könnten, prospektiv zu vermeiden oder aber, wenn dies nicht gelingt, nachträglich zu korrigieren.

Es handelt sich mithin um eine die Deregulierung „flankierende Re-Regulierung“.¹³ Die Folgen dieser „Schaukelpolitik“ für die gesetzlichen Krankenkassen lassen sich in sieben Punkten zusammenfassen.

1. Mit der Einführung der freien Kassenwahl zum 1. Januar 1996 kam es zu einer deutlichen Verschärfung der Konkurrenz zwischen den Krankenkassen. Hatten die Kassen im historisch gewachsenen gegliederten System der Gesetzlichen Krankenversicherung mit seiner weitgehend starren Zuweisung von Versicherten nach ihrem beruflichen Status, ihrer Betriebszugehörigkeit oder einfach nach ihrem Wohnort *de facto* eine Art Bestandsschutz genossen – die Werbung um Mitglieder hatte sich auf das Segment der Pflichtversicherten mit Wahlfreiheit, vor allem die Angestellten, und die freiwillig Versicherten beschränkt –, so stehen sie seit 1996 im Hinblick auf die Mitgliedergewinnung in einem harten



**vdek = Verband der Ersatzkassen; IKK = Innungskrankenkassen;
BKK = Betriebskrankenkassen; KBS = Knappschaft-Bahn-See;
LKK = landwirtschaftliche Krankenkasse;
AOK = Allgemeine Ortskrankenkassen**

Abbildung: vdek

Wettbewerb untereinander. Die Folge ist, dass sich der schon seit langem abzeichnende Konzentrationsprozess im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung im letzten Vierteljahrhundert weiter fortgesetzt hat. War die Zahl der Krankenkassen in Deutschland in den vorangegangenen Jahrzehnten bereits von 1.815 (1970) auf 420 (2000) zurückgegangen, so sind es aktuell infolge zahlreicher Fusionen und einzelner Schließungen nur noch 95 (Stand: 1. Januar 2024).¹⁴

2. Damit diese Marktöffnung nicht zu einer – politisch durchaus unerwünschten – „Rosinenpickerei“, einem Wettbewerb um die „guten Risiken“ – also um junge, gesunde, alleinstehende Versicherte mit hohem Einkommen – führte, griff der Staat sogleich wieder steuernd ein. Mit Wirkung vom 1. Januar 1994 wurde ein Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Kassen eingeführt. Berücksichtigt wurden dabei die Faktoren Alter, Einkommen, Geschlecht, Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen sowie Bezug von Krankengeld oder einer Erwerbsminderungsrente. Der RSA wies jedoch einen gravierenden Geburtsfehler auf: Der Faktor Krankheit wurde zunächst nicht berücksichtigt, so dass doch ein „Anreiz zur Risikoselektion“¹⁵ gegeben war. Das Gesetz zur „Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 10. Dezember 2001 versuchte hier gegenzusteuern: Ab 2002 erhielten die Kassen für Patientinnen und Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen,¹⁶ die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (*Disease Management-Programme*, DMPs) versorgt wurden, zusätzliche Mittel aus dem RSA.¹⁷ Einen Schritt weiter ging das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007:¹⁸ Seit dem 1. Januar 2009 wird bei den Zuweisungen aus dem neu geschaffenen Gesundheitsfonds neben den Kriterien Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrente auch der Faktor Morbidität der Versicherten insofern berücksichtigt, als bei achtzig besonders teuren Krankheiten bzw. Krankheiten mit besonders schweren Verläufen Morbiditätszuschläge gezahlt werden (Morbi-RSA).¹⁹ Mit dem „Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz“ vom 22. März 2020 ist schließlich noch eine Regionalkomponente eingeführt worden, um Kostenunterschiede etwa zwischen Stadt und Land auszugleichen.²⁰

Die DAK-Gesundheit ist Deutschlands älteste Krankenkasse. Am 1. Mai 1774 nahm das „Institut zum Besten hilfsbedürftiger Handlungs-Diener“ seine Arbeit im damals zu Preußen gehörenden Breslau auf. Diese Gründung war durch die Ideen der Aufklärung beeinflusst und Ausdruck einer sich verändernden Gesellschaftsordnung. Die damals entstandene Idee einer solidarischen Absicherung ist bis heute der Kerngedanke des modernen Sozialstaats.

Dieses Buch beschreibt 250 Jahre deutsche Sozialgeschichte, von der Gründung des Instituts in der sich auflösenden ständischen Gesellschaft bis zur modernen Krankenkasse in einer postindustriellen Gesellschaft des 21. Jahrhunderts. Die DAK-Gesundheit hat gesellschaftliche Umbrüche, Kriege und unterschiedliche politische Systeme überdauert und sich immer wieder neu erfunden. Das umfangreiche letzte Kapitel beschreibt, welche Folgen die Öffnung der Krankenkassen für den Wettbewerb ab Mitte der 1990er Jahre hatte. Es zeigt, wie sich die Kasse den Herausforderungen einer modernen medizinischen Versorgung und der Digitalisierung des Gesundheitswesens stellt. Es gibt Einblicke, wie sich die DAK-Gesundheit im Wettbewerb positioniert und ihr ein erfolgreiches politisches Agenda Setting gelingt.

Die klassische Sozialgeschichtsschreibung, wie sie sich seit den 1960er Jahren in Deutschland etabliert hat, nimmt vor allem die staatliche Sozialpolitik in den Fokus. Dieser verengte Blickwinkel führt dazu, dass andere Akteure, die für den deutschen Sozialstaat systemrelevant sind, weitgehend ausgeblendet werden. Dieses Buch schließt diese Lücke und ist ein wesentlicher Beitrag dazu, die komplexe deutsche Sozialgeschichte besser zu verstehen.

ISBN 978-3-98800-025-5



9 783988 000255 € 39,00 (D)