

Thomas Gerlinger

Gesundheitspolitik zwischen Markt und Staat

Ökonomisierung – Privatisierung – Re-Regulierung

Gesundheitssysteme sind in allen kapitalistischen Staaten staatsnahe Sektoren. Das gilt auch für Deutschland, und hier insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Sie ist die Kerninstitution des deutschen Gesundheitswesens, in der nahezu 90 Prozent der Bevölkerung krankenversichert sind. Das deutsche Gesundheitssystem, das lange als reformresistent galt (Rosewitz/Webber 1990), und mit ihr die GKV haben seit den 1990er Jahren vielfältige Veränderungen durchlaufen. Dieser Wandel betrifft sowohl die Versorgung und Finanzierung als auch die Regulierung. Dieser Beitrag befasst sich mit ausgewählten Aspekten dieses Wandels und identifiziert dabei drei – sich überlappende und zusammenhängende – Entwicklungen als besonders bedeutsam: Ökonomisierung, Privatisierung, staatliche Re-Regulierung. Sie werden im Folgenden näher beleuchtet.

Ökonomisierung

Unter Ökonomisierung soll das Vordringen finanzieller Anreize und Kalküle bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen verstanden werden. Mit ihr ist eine Tendenz zur Überformung der medizinischen und pflegerischen Versorgung durch finanzielle Partikularinteressen verbunden. Ökonomisierung ist ein nicht erst in jüngerer Zeit zu beobachtendes Phänomen in der Gesundheitspolitik, allerdings hat sie seit den 1990er Jahren einen erheblichen Bedeutungszuwachs erfahren.

Im Zentrum der Ökonomisierung steht die Einführung einer Wettbewerbsordnung für die gesetzlichen Krankenkassen. Sie geht zurück auf das 1992 verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) (BGBl. I: 2266). Ihr waren gut eineinhalb Jahrzehnte einer Kostendämpfungspolitik ohne Strukturreformen vorausgegangen (Rosewitz/Webber 1990). Mit dem Inkrafttreten des GSG ab dem Jahr 1993 kamen Steuerungsinstrumente zum Einsatz, die für die GKV entweder neu waren oder so an Gewicht gewannen, dass sie die Anreize für die beteiligten Akteure, zunächst vor allem für die Kassen, erheblich veränderten. Zu den neuen Steuerungsinstrumenten zählte vor allem die Einführung der freien Kassenwahl für die Versicherten. Sie entzog den Krankenkassen ihre vorherige Bestandgarantie, die weitgehend auf dem an berufsständischen Kriterien orientierten Zuweisungssystem für gesetzlich Krankenversicherte, vor allem für die Arbeiter, beruht hatte (Reiners 1993). Die Krankenkassen müssen sich seither bemühen, ihre Attraktivität für Versicherte zu erhöhen, weil diese zu einer anderen Kasse wechseln können. Der Wettbewerb sollte als Stachel im Fleisch der Krankenkassen wirken und sie veranlassen, Ausgaben zu begrenzen und ihre Versorgungsangebote stärker am Bedarf der Versicherten auszurichten. Doch das zum Einsatz kommende Steuerungsinstrumentarium erfüllte diese Erwartungen nicht. Der Kassenwettbewerb beschränkt sich weitgehend auf einen Preiswettbewerb, nämlich auf das Ziel, den kassenindividuellen

Zusatzbeitrag zur GKV möglichst niedrig zu halten. In diesem Zusammenhang aber schuf er für die Kassen einen starken Anreiz zur Umwerbung guter Risiken, also gesunder oder gesundheitsbewusster Versicherter, weil sie keine oder unterdurchschnittliche Behandlungskosten hervorrufen und damit der Krankenkasse Wettbewerbsvorteile beim Ringen um einen günstigen Versichertenstamm zu bringen versprochen.

In den Folgejahren wurde der mit den Weichenstellungen des GSG beschrittene Weg mit einer Vielzahl von Anschluss-Reformen weiterverfolgt. Im Zentrum dieses Wandels stand die Etablierung einer auch „Leistungserbringer“ (also Ärzte, Krankenhäuser, Hersteller von Arznei- und Hilfsmitteln etc.) einbeziehenden Wettbewerbsordnung, die mit den Begriffen „managed competition“ oder „regulated competition“ bezeichnet wird. Für die Leistungserbringung in der GKV spielte der Abschluss von Kollektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern traditionell eine zentrale Rolle. Vor allem die Krankenkassen drängten (und drängen) seit der zweiten Hälfte der 1990er Jahre auf eine Ausweitung von Wettbewerbsbeziehungen auf das Binnenverhältnis von Leistungsanbietern durch die Einführung von ihnen bis dato nicht gestatteten Selektivverträgen, also die Möglichkeit, jenseits bisheriger Kollektivverträge Einzelverträge mit einzelnen oder mit Gemeinschaften von Leistungserbringern abzuschließen. Sie versprachen sich davon eine Stärkung ihrer Verhandlungsposition. Vor allem in den 2000er Jahren wurde das bisher stark kollektivvertraglich ausgerichtete Regulierungssystem auf einer Reihe von Handlungsfeldern partiell geöffnet (z.B. Götze et al. 2009). Dies betraf vor allem bestimmte Segmente der ambulanten Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung, besondere [fach-]ärztliche Versorgung), die sektorenübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung und strukturierte Behandlungsprogramme für bestimmte chronische Erkrankungen, beides u.a. unter Beteiligung von Krankenhäusern), später auch Teile der Arzneimittelversorgung (Rabattverträge für Generika, also Nachahmerpräparate) sowie der Hilfsmittelversorgung (Ausschreibungen). Damit bildete sich ein Nebeneinander von kollektiv- und selektivvertraglich regulierten Versorgungsbereichen heraus (Gerlinger/Rosenbrock 2021). Der Bedeutungsverlust des kollektivvertraglichen Rahmens sowie damit verbundener Vertragsmonopole und Kontrahierungszwänge war politisch angestrebt, denn aus Sicht des Gesetzgebers und der Krankenkassen behinderten sie die angestrebte Effizienzsteigerung in der medizinischen Versorgung. Selektivverträge hingegen – so die Erwartung – setzen Leistungsanbieter unter Druck, weil sie untereinander um den Abschluss von Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen konkurrieren („Vertragswettbewerb“) und daher bestrebt sein müssen, ihr Leistungsangebot im Hinblick auf Preis und Qualität zu verbessern (Gerlinger 2013). Im Zuge dieses Wandels lässt sich auch eine Veränderung des Selbstverständnisses von Krankenkassen konstatieren, insbesondere bei ihren hauptamtlichen Vorständen: vom öffentlichen Sozialversicherungsträger zu einem Selbstverständnis als Unternehmen („von der Krankenkasse zum Unternehmen Gesundheit“ – Rebscher 2006: 853), das nach Unabhängigkeit von staatlicher Regulierung drängt.

Diese Neuausrichtung nahm Impulse aus der internationalen Managed-Care-Diskussion auf, die mit ihren Verheißungen von Qualitätsverbesserungen und

Kosteneinsparungen zahlreiche Staaten zu wettbewerbsorientierten Reformen ihrer Gesundheitssysteme inspirierte (z.B. Wendt 2013, Verspohl 2012). Die Forderung nach einer Einführung von Wettbewerb auf dem „Vertragsmarkt“ – bei gleichzeitiger Implementierung daran angelehnter Steuerungsinstrumente (prospektive Vergütungsformen, Behandlungsleitlinien, Qualitätssicherung) – ließ sich einfügen in einen internationalen Trend des Gesundheitssystemwandels und war zugleich sektorspezifischer Ausdruck jener Modernisierung öffentlicher Verwaltungen, der unter dem Begriff des „New Public Management“ bereits weite Teile der EU- und der OECD-Welt ergriffen hatte.

Die Einführung einer Wettbewerbsordnung zwischen den Krankenkassen wurde von allen Parteien unterstützt, die in den letzten Jahrzehnten an einer Bundesregierung beteiligt waren. Interessanterweise war aber die Einführung von Selektivverträgen primär ein Projekt von SPD und Grünen. Sie erhielt einen Schub vor allem zwischen 1999 und 2009, also in jenen Jahren, in denen SPD oder Grüne die Leitung des Bundesgesundheitsministeriums innehatten. Diejenigen, die sich ansonsten gern zum Anwalt von mehr Wettbewerb in Wirtschaft und Gesellschaft, aber auch auf den Feldern der Daseinsvorsorge, aufschwingen, erlegten sich bei der Einbeziehung von Leistungsanbietern in eine GKV-Wettbewerbsordnung Zurückhaltung (CDU/CSU) oder gar Enthaltensamkeit (FDP) auf. Insofern lässt sich auf diesem Feld ein „Parteienparadox“ konstatieren: Jene parteipolitischen Unterschiede, die die klassische Parteidifferenzhypothese nahe legt, werden hier gleichsam umgekehrt, denn es sind in diesem Fall eben gerade SPD und Grüne, die auf wettbewerbliche Instrumente und De-Regulierung setzen, während Konservative und Liberale sich – im Hinblick vor allem auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte – dem gegenüber eher abgeneigt zeigten und zeigen. Das Motiv für diese Haltung wird in der Vertretung von Klientelinteressen zu finden sein: Die staatlicherseits verliehenen Vertretungsmonopole der KVen und Kontrahierungsrechte der Plankrankenhäuser versetzten die Leistungsanbieter in eine recht komfortable Verhandlungsposition gegenüber den Krankenkassen, die sie bei der Durchsetzung ihrer Interessen in den korporatistischen Verhandlungssystemen unterstützen. Auch die ärztlichen Standesorganisationen hatten die Einführung von Selektivverträgen stets abgelehnt.

Jenseits des Wettbewerbs hielt das GSG aber noch ein anderes Instrument für die Ökonomisierung der Leistungserbringung parat, die Einführung von Formen der prospektiven, pauschalierten Vergütung für ambulante und stationäre Leistungen. Damit wurde das Finanzierungsrisiko der Krankenbehandlung auf die Leistungsanbieter verlagert. Pauschalen kehrten im Vergleich zu den vorher angewendeten Praktiken die Leistungsanreize nahezu um. Besonders bedeutsam war die Einführung von pauschalierten Entgelten im Krankenhaussektor, die in der 2000er Jahren zu einer durchgängigen, auf Pauschalen basierenden Vergütung von Krankenhausleistungen radikalisiert werden, den diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups – DRGs) (Dietrich et al. 2019). Anders als zuvor waren der Erzielung von Einnahmesteigerungen auf dem Wege der Mengenexpansion nun engere Grenzen gesetzt. Bezogen auf den einzelnen Behandlungsfall, erhalten Krankenhäuser bzw. Ärzte durch Pauschalen sogar einen Anreiz zur

Leistungsminimierung, weil sich der Überschuss nun aus der Differenz zwischen der prospektiv fixierten Vergütung und den entstandenen Behandlungskosten ergab. Die Einführung von Pauschalen führte zu einem Wandel der Versorgungskultur insbesondere im Krankenhaus. Ökonomische Kalküle gewannen bei Entscheidungen über die Krankenversorgung weiter an Bedeutung. So wurde und wird über vielfältige Hinweise auf eine Unterversorgung von Patientinnen und Patienten berichtet, über eine moralische Dissonanz von Ärztinnen und Ärzten, resultierend aus divergierenden ökonomischen Erwartungen von Klinikumsleitungen einerseits und den Erwartungen von Patienten und Angehörigen an eine optimale Versorgung andererseits, sowie über sich wandelnde Werteinstellungen von Ärztinnen und Ärzten (z.B. Braun et al. 2010). Daneben gibt es aber auch deutliche Anzeichen für eine Überversorgung – also für nicht notwendige Behandlungen –, besonders bei solchen Eingriffen, bei denen sich über die „economies of scale“ die Kosten je Eingriff deutlich reduzieren und daher hohe Gewinne erzielen lassen. Die in der deutschen Versorgungskultur ohnehin schon starke Neigung zu einem hohen medizintechnischen Aufwand wurde so durch das DRG-System noch verstärkt. Bei einer Reihe von Indikationen nimmt Deutschland bei den Operationszahlen weltweit Spitzenplätze ein – häufig ohne einen adäquaten medizinischen Nutzen. Ferner trug die Einführung von DRGs im Krankenhaus zu einer gravierenden Verschlechterung der Arbeitsbedingungen bei, insbesondere für die Pflegekräfte (Schmucker 2019). An ihnen wurde in den letzten Jahren besonders gespart, weil der pflegerische Aufwand bei der Berechnung der Pauschalen nicht hinreichend berücksichtigt wird. So ist die Zahl der Pflegekräfte trotz erheblich gestiegener Behandlungsfallzahlen im Krankenhaus (Statistisches Bundesamt 2020a) seit den frühen 1990er Jahre weitgehend konstant geblieben. Der Pflege- notstand in Deutschland hat sicherlich viele Ursachen, aber die Ökonomisierung der Krankenhausvergütung ist eine der wichtigsten.

Ein weiterer Aspekt der Ökonomisierung ist die fortschreitende Anwendung des Kartell- und Wettbewerbsrechts auf die Krankenversorgung. Zwar bleiben die Kollektivverträge von der Anwendung des Wettbewerbsrechts ebenso ausgeschlossen wie Beschlüsse, Empfehlungen, Richtlinien oder sonstige Entscheidungen der korporatistischen Regulierungsgremien in der GKV (s.u.). Aber nun treten bei Rechtsstreitigkeiten über Selektivverträge die Zivilgerichte an die Stelle der Sozialgerichte und werden die Krankenkassen in den betreffenden Versorgungsegmenten auch von den Kartellbehörden und nicht mehr allein von den zuständigen Gesundheitsministerien im Bund und in den Ländern bzw. vom Bundesamt für Soziale Sicherung überwacht (Schmucker 2012). Damit unterliegen die Krankenkassen einer Fusionskontrolle, an der auch das Bundeskartellamt beteiligt ist. Dies gilt auch für den Trägerwechsel bei Krankenhäusern (s.u.).

Privatisierung

Privatisierung und Ökonomisierung lassen sich in vielen Fällen nicht trennscharf unterscheiden. Man kann in der Privatisierung auch mit guten Gründen einen Teilaspekt der Ökonomisierung sehen. In jedem Fall handelt es sich um einen grundlegenden Trend im deutschen Gesundheitssystem. Aus pragmatischen

Gründen wird der Aspekt der Privatisierung hier aber gesondert behandelt.

Wie die Ökonomisierung hat auch die Privatisierung unterschiedliche Gesichter. Wie in vermutlich allen kapitalistischen Staaten ist auch in Deutschland die Produktion gesundheitsbezogener Waren privatkapitalistisch organisiert. Dies gilt für die Herstellung von Arzneimitteln, aber auch für den Bereich der Medizintechnik und die Herstellung von Hilfsmitteln. Traditionell war in Deutschland aber die Erbringung medizinischer (und im Übrigen auch pflegerischer) Dienstleistungen stets gemischtwirtschaftlich organisiert, befand sich also in der Hand öffentlicher, privater und freigemeinnütziger Träger. Auf dem Gebiet der Dienstleistungen haben sich in den vergangenen Jahrzehnten gravierende Verschiebungen vollzogen.

Der in der Öffentlichkeit am stärksten wahrgenommene Wandel betrifft die Trägerschaft von Krankenhäusern. Die Krankenhausversorgung als die mit Abstand wichtigste Leistungsart in der GKV verursacht den bei weitem größten Anteil der Gesundheitsausgaben. Aktuell sind dies rund 96,9 Milliarden Euro, das sind knapp 25 Prozent aller Gesundheitsausgaben, die sich auf insgesamt 390,6 Milliarden Euro belaufen (Statistisches Bundesamt 2020b). Hier sind private Träger seit Jahrzehnten auf dem Vormarsch. Waren 1991 lediglich 14,8 Prozent aller Krankenhäuser (4,0 % der Krankenhausbetten) in privater Trägerschaft, so war dieser Anteil im Jahr 2018 auf 37,6 Prozent (19,1 %) gestiegen. Insbesondere hat das Gewicht von großen Kapitalgesellschaften, vor allem von Aktiengesellschaften, im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten als privaten Trägern deutlich zugenommen. Der Zuwachs privater Krankenhäuser geht vor allem zu Lasten der öffentlichen Häuser, deren Anteil in diesem Zeitraum von 46,0 auf 28,7 Prozent zurückging. Allerdings stand 2018 noch beinahe jedes zweite Bett (48,0 %) in einem öffentlichen Krankenhaus (Statistisches Bundesamt 2020a). Der Anteil der freigemeinnütziger Träger blieb demgegenüber vergleichsweise stabil.

Vor allem Kommunen waren angesichts ihrer prekären Haushaltslage häufig bemüht, sich defizitärer Krankenhäuser zu entledigen. Zudem folgten manche Kommunen in den 1990er und 2000 Jahren auch dem neoliberalen Zeitgeist, der in der Privatisierung kommunaler Aufgaben generell ein geeignetes Instrument für Kostensenkung und Qualitätsverbesserung sah. Häufig traten und treten in solchen Fällen private Kapitalgesellschaften auf, um potentiell profitable Häuser zu übernehmen und nach eigenen Vorstellungen umzugestalten. Zumeist gelingt es ihnen dann, die Krankenhäuser profitabel zu machen (Böhlke et al. 2009, Simon 2019a). Die Privatisierung des Krankensektors schreitet auch aktuell weiter voran, auch wenn sich die Dynamik in den letzten Jahren etwas abgeschwächt hat (Simon 2019b). Das Nebeneinander von öffentlichen und freigemeinnützigen Häusern einerseits und privaten Einrichtungen andererseits bringt eine Reihe von Problemen mit sich. Steht bei Ersteren – durchaus auch unter Verfolgung von Gewinninteressen – die Versorgungsfunktion im Mittelpunkt, so ist es bei Letzteren die Gewinnmaximierung. Bei der Verfolgung dieses Ziels setzen private Einrichtungen häufig darauf, ihr Angebot auf wenige, standardisierbare Leistungen zu begrenzen, die sie aufgrund der Spezialisierung und der höheren Behandlungsfallzahlen dann kostengünstiger – und zum Teil auch in einer besseren Qualität – er-

bringen können. Dadurch verschlechtert sich die Kalkulationsbasis derjenigen – zumeist öffentlichen – Krankenhäuser, die aufgrund ihres Versorgungsauftrages nach wie vor die gesamte Palette an Leistungen und die dafür notwendige Infrastruktur vorhalten müssen, ohne an der Kostenersparnis bei standardisierbaren Leistungen teilhaben zu können. Eine Reihe von privaten Krankenhäusern bieten mittlerweile aber auch ein breites Leistungsspektrum an und dringen in den Bereich der Grund- und Regelversorgung sowie der Maximalversorgung vor, wie die Asklepios-Kliniken in Hamburg oder die Rhön-Klinikum AG mit dem Universitätsklinikum Gießen-Marburg.¹

Große Kapitalgesellschaften dringen nicht nur in die stationäre, sondern auch in die ambulante Versorgung ein. Diese ist nach wie vor die Domäne frei niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, ob in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. Insofern basiert die ambulante Versorgung auf der Investition privaten Kapitals, aber eben nicht auf der Investition großer Kapitalgesellschaften oder anderer Finanzinvestoren. Genau dies ist im Begriff sich zu verändern. Der Weg, auf dem dies geschieht, ist die Investition in Medizinische Versorgungszentren (MVZ).

MVZ wurden erstmals 2004 zur ambulanten Versorgung von Kassenpatienten („vertragsärztliche Versorgung“) zugelassen. Bei ihnen handelt es sich um ambulante Versorgungseinrichtungen, in denen Angehörige unterschiedlicher ärztlicher Fachgruppen (als Selbständige oder Angestellte) die Versorgung übernehmen. Träger eines MVZ können alle zugelassenen Leistungserbringer nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) sein. Insbesondere Gemeinschaften von Ärzten und Krankenhäuser kommen dafür in Frage. Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, aber auch pharmazeutische Unternehmen sind von der Trägerschaft ausgeschlossen, weil sie keine Leistungen unmittelbar am Patienten erbringen. MVZ sollen die fächer- und berufsübergreifende Kooperation im Gesundheitswesen erleichtern und so die ambulante Versorgungsqualität verbessern. Idealerweise arbeiten dort Ärzte unterschiedlicher Disziplinen und nichtärztliche Gesundheitsberufe (z.B. Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten etc.) unter einem Dach zusammen. Die Zulassung von MVZs sollte die Integration von Versorgungseinrichtungen und -verläufen beschleunigen und die Kooperation an den Schnittstellen zur Krankenhausversorgung verbessern. Für Ärzte kann ein MVZ durch die gemeinsame Nutzung von Räumen, Personal und medizinisch-technischen Geräten neben den fachlichen Vorteilen einer intensiveren Kooperation auch ökonomische Vorteile bieten. Zudem ermöglicht ein MVZ mit wachsen-

¹ Privatisierung kommt aber nicht allein im rückläufigen Anteil öffentlicher Träger zum Ausdruck, sondern auch im Wandel der Rechtsformen öffentlicher Krankenhäuser. Während 2002 nur 28,3 Prozent von ihnen in privatrechtlicher Form (z.B. als GmbH) geführt wurden, waren es 2017 bereits 59,8 Prozent (Statistisches Bundesamt 2018: 8). Unter den in öffentlich-rechtlicher Form betriebenen Krankenhäusern nahm der Anteil der rechtlich unselbständigen Einrichtungen (z.B. Eigenbetriebe oder Regiebetriebe) gegenüber den rechtlich selbstständigen (z.B. Zweckverband, Anstalt oder Stiftung) stark ab. Ihr Anteil an allen öffentlichen Krankenhäusern sank in diesem Zeitraum von 56,9 Prozent auf 15,0 Prozent (Statistisches Bundesamt 2018: 8). Private Rechtsformen und ein rechtlich selbständiger Status gestatten dem Krankenhaus eine größere Unabhängigkeit vom jeweiligen Träger.

der Größe auch eine stärkere Arbeitsteilung und begründet damit für die beteiligten Leistungserbringer auch die Aussicht auf geregelte Arbeitszeiten und eine Entlastung von bürokratischen Tätigkeiten (z.B. Leistungsabrechnung). Patienten wiederum können bei einer Versorgung im MVZ auf eine stärker interdisziplinär ausgerichtete Versorgung hoffen und mit kürzeren Wegen rechnen. Ärztinnen und Ärzte können in einem MVZ auch als Angestellte arbeiten, seit 2007 sogar in unbegrenzter Zahl (Gerlinger/Rosenbrock 2021).

MVZ haben seit ihrer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung eine rasante Entwicklung genommen. Ende 2019 waren insgesamt 3.539 MVZ zugelassen mit insgesamt 21.887 Ärztinnen und Ärzten, darunter 20.212 als Angestellte. Damit arbeiteten mehr als zwölf Prozent der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte in einem MVZ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021). Immerhin 43,1 Prozent der MVZ (absolut: 1.589) befanden sich Ende 2019 in der Trägerschaft von Krankenhäusern – mit steigender Tendenz. Ende 2015 betrieben gut 45 Prozent aller Krankenhäuser ein MVZ oder waren an ihm beteiligt (Gibis et al. 2016). Krankenhäuser sind aus unterschiedlichen Gründen an der Gründung von MVZ interessiert. Erstens verbessert sich mit einem hauseigenen MVZ die Chance, Verweildauern in der stationären Versorgung durch frühzeitige Entlassung und ambulante Nachsorge zu verkürzen. Zweitens verbessert ein solches MVZ auch die Chancen die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu erhöhen und so den Krankenhausstandort langfristig zu sichern (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016: 21, 26). Allerdings birgt die einheitliche Trägerschaft von ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen auch Risiken: So können krankenhauseigene MVZ missbraucht werden, um Patientinnen und Patienten zur stationären Versorgung in das angeschlossene Krankenhaus des Trägers einzuweisen – und zwar auch dann, wenn dieses Krankenhaus nicht das am besten geeignete ist. Eine Umfrage des Sachverständigenrats für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zeigt die hohe Bereitschaft bzw. die Pläne von Krankenhäusern, ein MVZ zu gründen, bestehende MVZ zu vergrößern oder weitere MVZ zu errichten (Sachverständigenrat 2012: Ziff. 330).

Das Eindringen großer Kapitalgesellschaften in die vertragsärztliche Versorgung vollzieht sich zum einen über die Trägerschaft von Krankenhäusern, denn unter denjenigen Krankenhäusern, die ein MVZ betreiben, befinden sich eben auch private Krankenhäuser. Die Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung weist den Anteil privater Krankenhäuser an den MVZ-Trägern nicht eigens aus, aber es existieren deutliche Hinweise darauf, dass dieser Anteil hoch ist. So gibt die Helios AG, ein führender privater Krankenhausbetreiber, die Zahl der konzern eigenen MVZ mit insgesamt rund 200 an (Helios AG 2021). Zum anderen versuchten bereits kurz nach der Zulassung von MVZ im Jahr 2004 Private Equity-Gesellschaften (PEG), MVZ zu aufzukaufen oder Anteile an ihnen zu erwerben. Der Gesetzgeber schob dieser Praxis einen Riegel vor, indem er mit dem Versorgungsstrukturgesetz 2011 (BGBl. I: 2983) den Betrieb von MVZ auf Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser sowie Dialyседienstleister beschränkte. Private Equity Gesellschaften (PEG) umgehen diese Regelung, indem sie Krankenhäuser aufkaufen, auch in der Absicht, auf diesem Wege MVZ gründen zu können (Deutscher

Bundestag 2019; Bobsin 2019; Scheuplein 2019), oder indem sie Anteile an MVZ erwerben, die es ihnen gestatten, Einfluss auf die betreffenden Einrichtungen auszuüben (z.B. Korzilius 2018; Bobsin 2019). In einer Recherche über Finanzinvestoren im deutschen Gesundheitswesen charakterisiert der Wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestags die Praktiken von PEG folgendermaßen: „Zu den Finanzinvestoren zählen auch Private Equity Gesellschaften (PEG), deren Geschäftsmodell es ist, am Markt etablierte Unternehmen außerhalb von regulierten Kapitalmärkten temporär zu erwerben (Buyouts) und wieder zu veräußern. Oftmals erwerben PEG beträchtliche Eigentumsanteile, um in die strategischen Entscheidungen des Unternehmens eingreifen zu können. Das Kapital stammt dabei größtenteils von externen Investoren und muss wieder zurückgezahlt werden, so dass von vornherein ein Wiederverkauf (Exit) angestrebt wird. Dieser Exit ist darüber hinaus eine Ertragsquelle für die Investoren. Das Kapital wird dabei überwiegend in zeitlich begrenzten Fonds gesammelt. Nur in wenigen Fällen investiert eine PEG anlassbezogen mit dem Kapital externer Investoren (Direktinvestment). Die Fonds von PEG sind zum großen Teil in Finanzzentren angesiedelt, die geringe Steuersätze und Transparenzvorschriften bieten (Offshore-Finanzzentren). Damit wird eine Nachverfolgung der Gewinne erschwert.“ (Deutscher Bundestag 2019: 4)²

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass neben der medizinischen Versorgung der sich äußerst dynamisch entwickelnde Markt der Gesundheits-Apps fast vollständig von privaten Anbietern dominiert wird. Mit der Verbreitung dieser Anwendungen wird deren Einfluss auf das Leistungsgeschehen im Gesundheitssektor weiter wachsen. Damit stellen sich völlig neue Regulierungsherausforderungen für das Versicherungssystem und das Leistungsgeschehen (Dockweiler/Fischer 2019).

Das Vordringen privaten Kapitals im Gesundheitswesen, insbesondere in der GKV, lässt sich als Ausdruck einer übergreifenden Tendenz kapitalistischer Ökonomien begreifen, die Klaus Dörre im Anschluss an Rosa Luxemburg als „Landnahme“ charakterisiert hat (Dörre 2009). Demnach haben sie die Tendenz, die Akkumulationskrise durch die Erschließung neuer Bereiche für die Kapitalakkumulation, eben die Landnahme, zu überwinden, wobei hier nicht die territoriale Ausweitung der Kapitalakkumulation gemeint ist, sondern die Erschließung solcher gesellschaftlicher Sektoren, die – wie weite Teile des Gesundheitswesens – bisher ganz oder weitgehend der Kapitalverwertung vorenthalten geblieben waren. Privatisierung ist aber auch ein Begriff, der sich nicht allein auf die Träger gesundheitsbezogener Dienstleistungen, sondern auch auf die Verteilung der Behandlungskosten zwischen Arbeitgebern, Versicherten und Patienten bezieht.

² Vor diesem Hintergrund ist die Vermutung begründet, dass PEG über ihre Trägerschaft von oder Beteiligung an MVZ ungeachtet des tatsächlichen Versorgungsbedarfs die kurzfristigen Profitinteressen ihrer Investoren verfolgen. Es liegt eine Reihe von Hinweisen darauf vor, dass sie zu diesem Zweck zumindest indirekt Einfluss auf die Krankenversorgung in den betreffenden Einrichtungen nehmen, auch zum gesundheitlichen Nachteil von Patientinnen und Patienten (z.B. Korzilius 2018; Bobsin 2019; Dowideit 2020). Über das Ausmaß der Beteiligung von PEG an MVZ liegen keine belastbaren Daten vor. Schätzungen zufolge sind PEG an mehr als 400 MVZ beteiligt (Bobsin 2019).

Auch dieser Aspekt hat sehr unterschiedliche Facetten. Zu den gravierendsten Veränderungen der letzten Jahre zählen die zahlreichen Reformen zur Finanzierung der GKV (Gerlinger/Greß 2018). Nach einer langjährigen Abkehr von der paritätischen Finanzierung – unter Einführung von einkommensunabhängigen, vor allem Geringverdiener belastenden Beitragskomponenten – wurde erst 2019 die Beitragsparität zwischen Arbeitgebern und Versicherten wiederhergestellt. Ausschlaggebend dafür war, dass die SPD auf starken und vielfältigen Druck hin und unter dem Eindruck drastisch sinkender Wählerzustimmung sich schließlich die Rückkehr zur Beitragsparität, die von ihr selbst in den 2000er Jahren aufgegeben wurde, zu eigen machte. Das hohe Beschäftigungsniveau schuf ökonomische und finanzielle Rahmenbedingungen, die die Durchsetzung der Parität begünstigten

Zur Privatisierung zählt auch der steigende Anteil von Zuzahlungen, Aufzahlungen und Privatzahlungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen. Zwar wurde 2012 die Praxisgebühr wieder abgeschafft, aber unter dem Strich bleiben gegenüber den 1990er Jahren deutlich gestiegene Zuzahlungen und Aufzahlungen für die Patientinnen und Patienten (Gerlinger/Rosenbrock 2021). Einen großen Anteil daran haben die Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz. Die Einführung von Festzuschüssen und ein restriktives Leistungsrecht haben dazu geführt, dass die Kosten für die zahnärztliche Versorgung heute zu erheblichen Teilen von den Patientinnen und Patienten selbst aufgebracht werden müssen.

Neben den Zu- und Aufzahlungen im Rahmen von GKV-Leistungen hat sich zudem ein wachsender Markt der „Individuellen Gesundheitsleistungen“ („IGeL“) etabliert. IGeL sind Bestandteil ärztlicher Strategien zur Erschließung neuer Einnahmequellen. Bei individuellen Gesundheitsleistungen handelt es sich um ärztliche Leistungen, die nicht Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs sind, weshalb sie von den Kassen auch nicht erstattet werden. Ärzte können sie für Kassenpatienten erbringen, diese müssen die Kosten als Privatleistungen allerdings selbst tragen. Mit IGeL verbindet sich aus ärztlicher Sicht also nicht nur die Aussicht auf eine Erweiterung des Leistungsspektrums, sondern zugleich auch auf eine bessere Honorierung, eben weil diese Leistungen zu privatärztlichen Gebührensätzen erbracht werden. Ärzte können mit Hilfe von IGeL existierende Mengengrenzungsregelungen in der vertragsärztlichen Versorgung umgehen, indem sie GKV-Leistungen privat zu Lasten der Patienten erbringen (Schnell-Inderst et al. 2011). Dabei nutzen sie auch leistungsrechtliche Grauzonen, die es z.B. gestatten, eine Leistung je nach Indikation privat- oder vertragsärztlich zu erbringen, im eigenen Interesse aus.³

³ Hinter IGeL verbergen sich unterschiedliche Kategorien von Leistungen (Gerlinger/Schmucker 2011). Dazu zählen zunächst Leistungen, die keine GKV-Leistungen sind, weil sie nicht den präventiven, kurativen oder rehabilitativen Zwecken gemäß dem Sozialgesetzbuch dienen (z.B. kosmetische Eingriffe, reisemedizinische Leistungen). Ferner handelt es sich um diagnostische Methoden, deren Kosten die gesetzlichen Krankenkassen nur dann erstatten, wenn im Einzelfall ein konkretes Risiko oder ein begründeter Verdacht vorliegt. Schließlich zählen dazu Leistungen, über deren Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog der Gemeinsame Bundesausschuss, das dafür zuständige, oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, noch nicht entschieden oder deren Aufnahme er abgelehnt hat, weil ihr Nutzen nicht nachgewiesen ist oder ihr Schaden größer ist als der zu erwartende Nutzen (z.B. Sonographie der

In den vergangenen Jahren ist der Umfang der angebotenen und erbrachten individuellen Gesundheitsleistungen deutlich gewachsen (Drews/Schultheiß 2018; Zok 2019). Eine 2018 im Auftrag des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes Bund 2018 durchgeführten Befragung gesetzlich Krankensversicherter (Drews/Schultheiß 2018) kam zu dem Ergebnis, dass in den letzten drei Jahren rund der Hälfte der Versicherten eine IGeL angeboten wurde. In rund 80 Prozent der Fälle werden IGeL vom Arzt thematisiert. Die häufigsten Leistungen waren die professionelle Zahnreinigung, die Augeninnendruckmessung und der Ultraschall der Eierstöcke. Schon an diesen Leistungen wird deutlich, dass sich die Ärzte bei der Erbringung von IGeL nicht immer an die einschlägigen Leitlinien halten. Der IGeL-Monitor (www.igel-monitor.de), ein vom MDS getragenes Bewertungsportal, bewertete die Augeninnendruckmessung zur Glaukomfrüherkennung mit „tendenziell negativ“ („Schaden überwiegt geringfügig den Nutzen“) und den Ultraschall der Eierstöcke mit „negativ“ („Schaden überwiegt den Nutzen deutlich“). Auch die Information der Patientinnen und Patienten durch Ärztinnen und Ärzte lassen der Befragung zufolge Mängel erkennen (Drews/Schultheiß 2018). Der Umsatz im IGeL-Markt belief sich auf schätzungsweise rund ein Milliarde Euro (Zok 2019: 9).

Nicht zuletzt zählt zur Privatisierung auch der Wandel des Krankenversicherungssystems selbst, nämlich der Bedeutungszuwachs privater Krankenversicherung (PKV). Der Anteil der Personen mit privater Krankenvollversicherung ist in den letzten Jahrzehnten fast kontinuierlich und insgesamt deutlich gestiegen. Die Zahl der privat Krankheitsvollversicherten stagniert zwar seit rund zehn Jahren, lag mit rund 8,7 Millionen Versicherten im Jahr 2019 aber um mehr als ein Drittel über dem Wert des Jahres 1991 (6,4 Millionen) (PKV-Verband 2020). Hinzu kommt eine stark wachsende Zahl von Zusatzversicherungen, bei denen die Finanzierung und Leistungserbringung den Regeln des privaten Versicherungsmarktes folgt. 2019 wurden insgesamt rund 26,5 private Zusatzversicherungen abgeschlossen (PKV-Verband 2020).

Staatliche Re-Regulierung und korporatistische Beharrungskraft

Die Übergang zu Wettbewerbsmechanismen in die gesetzliche Krankenversicherung sowie der Ausbau anderer Formen der Ökonomisierung des Gesundheitssystems war sektorspezifischer Ausdruck neoliberaler Hegemonie in den 1990er und 2000er Jahren. Zu einem Rückzug des Staates aus der Regulierung des Gesundheitssystems führte er nicht. Vielmehr wurde und wird die Einführung und allmähliche Ausweitung von Elementen des regulierten Wettbewerbs begleitet von einer Ausweitung hierarchischer Steuerung in der GKV, deren Hauptakteure der Gesetz- und Verordnungsgeber, insbesondere das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), einerseits und – in dessen Auftrag – die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene andererseits sind.

Halsschlagadern). Ausgeschlossene oder noch nicht aufgenommene Leistungen machen den bei weitem größten Teil der angebotenen IGeL aus.

Diese Ausweitung staatlicher Intervention kommt zunächst darin zum Ausdruck, dass der Gesetzgeber der GKV einen zunehmend restriktiven Finanzrahmen setzte (Budgets, Verschärfung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität) und die Finanzautonomie der Krankenkassen zunehmend einschränkte. Letztere erreichte ihren Höhepunkt mit der Gesundheitsreform 2007: Mit Wirkung von 2009 an wurde ein Gesundheitsfonds eingerichtet, den Krankenkassen das Recht zur Festsetzung ihres Beitragssatzes entzogen und ein bundeseinheitlicher Beitragssatz festgesetzt, der per Rechtsverordnung von der Bundesregierung festgelegt wird und von den einzelnen Kassen bei gegebenem Finanzbedarf um einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag ergänzt wird.

Ferner überzieht der Gesetzgeber die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen mit einem immer dichteren Netz gesetzlicher Vorschriften. Gegenstand solcher Regelungen sind insbesondere die Vergütung vertragsärztlicher und stationärer Leistungen sowie die Qualitätssicherung bei der Leistungserbringung. Auf beiden Feldern ist ein hochgradig ausdifferenziertes Vorschriftenwerk entstanden, das noch ergänzt wird durch ein weit komplexeres Regelwerk der zentralisierten korporatistischen Regulierungsgremien, insbesondere des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Qualitätssicherung, die bis zum Ende der 1980er Jahre weitgehend eine Angelegenheit der ärztlichen Selbstverwaltung gewesen und noch kaum durch gesetzliche Bestimmungen reguliert worden war, wird nun überhaupt erst als politisches Handlungsfeld konstituiert. Diese Interventionen sollten dazu beitragen, antizipierte oder wahrgenommene Strategien zur Umgehung gesetzlicher Regelungen – vor allem durch die Leistungsanbieter, aber auch die Krankenkassen – zu verhindern oder zumindest einzuschränken. Dafür gibt es eine Vielzahl von Beispielen: die Ausweitung des Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen auf einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, der das Interessen der Krankenkassen an einer Selektion guter Risiken, also vor allem Gesunder, begrenzen soll; die Herausnahme der Pflegekosten aus dem DRG-System und die Festsetzung von Personaluntergrenzen für Pflegekräfte in bestimmten Krankenhausabteilungen, die zurückgehen auf den Protest von Belegschaften, von Gewerkschaften und von zivilgesellschaftlichen Organisationen wie dem Bündnis „Krankenhaus statt Fabrik“. Bei diesen und anderen Vorgaben handelt es sich um Bestimmungen, die der Verfolgung finanzieller Partikularinteressen zu Lasten der Versorgungsqualität entgegenwirken oder Grenzen setzen sollen.

Des Weiteren bedient sich der Staat einer vielgestaltigen prozeduralen Steuerung. Durch die Veränderung von Verfahrens- und Entscheidungsregeln, durch die Zuweisung oder den Entzug von Kompetenzen, durch die Erweiterung und Einschränkung von Handlungsoptionen, zum Teil durch die Bildung neuer Institutionen konfiguriert er die Interessenlagen der Akteure und stattet sie mit Machtressourcen aus. Dies soll die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die in den GKV-Gremien zu treffenden Regelungen mit den staatlichen Zielsetzungen kompatibel sind.

Diese Prozesse sind verbunden mit einer Transformation korporatistischer Regulierung in der GKV, also der gemeinsamen Selbstverwaltung durch die Verbände der Ärzte und Krankenkassen. Sie verliert zwar in der Vertragspolitik zwischen

Krankenkassen und Ärzteschaft an Bedeutung. Auch macht sich die Zunahme staatlicher Intervention für die auf der Makro- und der Meso-Ebene fortbestehenden korporatistischen Verhandlungssysteme als eine Einschränkung von Handlungsspielräumen bemerkbar. Indes hält staatliche Gesundheitspolitik auch nach dem Übergang zu wettbewerbsorientierten Strukturreformen an korporatistischen Regulierungsstrukturen fest. Nach wie vor überträgt der Gesetzgeber gezielt Handlungskompetenzen an paritätisch aus Vertretern der Krankenkassen und der Ärzteschaft zusammengesetzte, zentralisierte verbandliche Steuerungsgremien, die unter staatlichen Rahmenvorgaben auf dem Verhandlungsweg kollektiv verbindliche Beschlüsse zur Regelung von Problemfeldern fassen (Gerlinger 2002). Dies wird besonders deutlich im Bedeutungszuwachs des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), dem wichtigsten Steuerungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Zentralisierte korporatistische Verhandlungsgremien werden mit einer wachsenden Zahl von Aufgaben betraut, insbesondere auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und bei der Ausarbeitung von Vergütungsregeln, und unterliegen dabei restriktiven staatlichen Vorgaben. Bei der Wahrnehmung dieser Aufgaben geht es primär darum, die übergreifend geltenden Regeln für die Leistungserbringung auszuformulieren und damit auch ein „level playing field“ (Polanyi) für den Wettbewerb in der GKV zu schaffen.

Wettbewerb und Liberalisierung von Vertragsbeziehungen einerseits und die Verstärkung staatlicher Regelung andererseits gehen also Hand in Hand. Der ordnungspolitische Wandel in Richtung auf einen regulierten Wettbewerb schuf für die beteiligten Akteure starke finanzielle Anreize und appellierte an ihr egoistisch-rationales Handeln. Zahlreiche Akteure entwickelten daraufhin Strategien zur Verfolgung ihrer Partikularinteressen. Der Gesetzgeber antwortete und antwortet darauf mit neuen differenzierteren Regelungen, um wahrgenommene oder antizipierte Strategien zur Umgehung gesetzlicher Regelungen zu verhindern oder zumindest einzuschränken. Die Liberalisierung wird also begleitet von einer umfangreichen Re-Regulierung – ein Merkmal, das auch auf anderen Politikfeldern anzutreffen ist: „freer markets, more rules“ (Vogel 1996).

Schluss

Die Hegemonie neoliberaler Konzepte hat im deutschen Gesundheitssystem tiefe Spuren hinterlassen, mit zahlreichen negativen Auswirkungen auf die Krankenversorgung. Die mit dem Übergang zum regulierten Wettbewerb geschaffenen Anreize, Interessen und Handlungszwänge bringen Dynamiken hervor, die eine Abkehr wichtiger Akteure von der gesetzlichen Krankenversicherung als einer Sozialversicherung begünstigen. Das deutsche Gesundheitssystem präsentiert sich als ein Sektor, in dem wettbewerbliche Mechanismen und Merkmale eines Privatversicherungssystems an Bedeutung gewonnen haben. Wolfgang Streeck und Kathleen Thelen haben die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, dass die Kumulation inkrementeller (aufeinanderfolgender, sich verstärkender) Veränderungen in mittel- und langfristiger Perspektive zu Kontinuitätsbrüchen und Paradigmenwechseln führen kann und in diesem Zusammenhang eine Reihe von Mechanismen institutionellen Wandels identifiziert, die sie als „displacement“, „layering“, „drift“ und

„conversion“ bezeichnen (Streeck/Thelen 2005). Derartige Veränderungen sind auch im deutschen Gesundheitssystem anzutreffen: Wettbewerbliche treten neben die traditionellen kollektivvertraglichen Regulierungsinstrumente, private Sicherungsformen neben solidarische, bei den Krankenkassen treten Eigenschaften von Unternehmen neben die bekannten Merkmale öffentlicher Körperschaften – und dabei gewinnen die neu hinzugetretenen Komponenten nach und nach an Bedeutung, manchmal unübersehbar, manchmal kaum merklich.

Gleichwohl hat die GKV bisher ihren Charakter als öffentlich-rechtlich regulierte Sozialversicherung mit Selbstverwaltung im Kern bewahrt. Das Merkmal der Solidarität ist in der GKV noch gut erkennbar und die Regulierung der GKV ist noch weit stärker von kollektivvertraglichen als von wettbewerblichen Mechanismen geprägt. Zugleich ist das Plädoyer für neoliberale Konzepte in den letzten Jahren leiser geworden, als es in den 1990er und 2000 Jahren war. Denn ihre Praxisuntauglichkeit ist auf zahlreichen Handlungsfeldern der Gesundheitspolitik offenkundig geworden, und überdies hat auch die positive Beschäftigungsentwicklung des vergangenen Jahrzehnts den Drang nach Strukturveränderungen begrenzt.

Dies muss indes nicht so bleiben. Mit der Corona-Krise haben sich die ökonomischen und fiskalischen Rahmenbedingungen politischen Handelns gravierend verändert, und die Gesundheitspolitik dürfte davon kaum unberührt bleiben. Schon jetzt melden sich Stimmen aus dem liberal-konservativen Lager und aus Arbeitgeberkreisen, die nach tiefgreifenden Veränderungen rufen. Daher stellen sich große Herausforderungen, wenn die GKV als solidarisches Sicherungssystem erhalten und gestärkt werden soll (siehe dazu u.a. die Beiträge von Rakowitz, Reiners und Ehlscheid et al. in diesem Band).

Literatur

- Bobsin, Rainer (2019): Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland. 20 Jahre Private Equity – Eine Bestandsaufnahme, 4., erhebl. erw. u. aktualis. Aufl., Hannover.
- Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten (Hrsg.) (2009): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg.
- Braun, Bernard/Buhr, Petra/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf/Rosenbrock, Rolf (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Bern.
- Deutscher Bundestag (2019): Wissenschaftliche Dienste – Dokumentation: Private Equity im deutschen Gesundheitssektor, Berlin: Deutscher Bundestag.
- Dieterich, Anja/Braun, Bernard/Gerlinger, Thomas/Simon, Michael (Hrsg.) (2019): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden.
- Dockweiler, Christoph/Fischer, Florian (Hrsg.) (2019): ePublic Health – Einführung in ein neues Forschungs- und Anwendungsfeld, Bern.
- Dörre, Klaus (2009): Die neue Landnahme. Dynamiken und Grenzen des Finanzmarktkapitalismus, in: Dörre, Klaus/Lessenich, Stephan/Rosa, Hartmut: Soziologie – Kapitalismus – Kritik. Eine Debatte, Frankfurt a.M.: 21-86.

- Dowideit, Anette (2020): Die Arztpraxis als Renditeobjekt, in: *Blätter für deutsche und internationale Politik* 65 (3): 9-13.
- Drews, Marcel/Schultheiß, Maria (2018). IGeL-Report 2018. Ergebnisse der Versicher-tenbefragung. www.igel-monitor.de.
- Gerlinger, Thomas (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspoli-tische Steuerung im Wandel (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health, Discussion Paper P02-204), Berlin: WZB.
- Gerlinger, Thomas (2013). Gesundheitspolitik in Zeiten der Krise: Auf inkrementellem Weg zur Systemtransformation? *Zeitschrift für Sozialreform* 59 (3): 337-364.
- Gerlinger, Thomas/Greß, Stefan (2018) Umsetzung der paritätischen Finanzierung in der GKV. Gutachterliche Stellungnahme für den Funktionsbereich Sozialpolitik beim Vorstand der IG Metall, in: *Soziale Sicherheit extra* (Sonderausgabe – Jan-uar 2018): Gesetzliche Krankenversicherung: Wege zur Parität: 10-21.
- Gerlinger, Thomas/Rosenbrock, Rolf (2021): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 4. Aufl., Bern (i.E.).
- Gerlinger, Thomas/Schmucker, Rolf (2011): Individuelle Gesundheitsleistungen. Steue-rungsprobleme eines wachsenden Versorgungssegments, in: *Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft*: 11 (4): 23-30.
- Gibis, Bernhard/Hofmann, Matthias/Armbruster, Susanne (2016): Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2016. Schwer-punkt: Ambulant im Krankenhaus, Stuttgart: 111-125.
- Götze, Ralf/Cacace, Mirella/Rothgang, Heinz (2009): Von der Risiko- zur Anbieterselek-tion. Eigendynamiken wettbewerblicher Reformen in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps, *Zeitschrift für Sozialreform* 55 (2): 149-175.
- Helios AG (2021): Unsere ambulante Versorgung. <https://www.helios-gesundheit.de/ambulant/>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021): Medizinische Versorgungszentren aktuell. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2019. <http://www.kbv.de/html/mvz.php>.
- Korzilius, Heike (2018): Investoren auf Einkaufstour, in: *Deutsches Ärzteblatt* (Ausgabe A) 115 (39): 1688-1692.
- PKV-Verband (2020): Zahlenbericht, Köln.
- Rebscher, Herbert (2006): Von der Krankenkasse zum Unternehmen Gesundheit, in: Herbert Rebscher (Hrsg.): *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung*. Festschrift für Günter Neubauer, Heidelberg: 853-867.
- Reiners, Hartmut (1993): Das Gesundheitsstrukturgesetz – Ein „Hauch von Sozialge-schichte“? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Gesund-heitsrisiken und Präventionspolitik, Discussion Paper P93-210), Berlin.
- Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt a.M./New York.
- Scheuplein, Christoph/Evans, Michaela/Merkel, Sebastian (2019): Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor, Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018. <https://www.iat.eu/discussionpapers/download/>

IAT_Discussion_Paper_19_01.pdf.

- Schmucker, Rolf (2012): Wechselwirkungen. Die GKV zwischen nationaler Wettbewerbssteuerung und europäischem Wettbewerbsrecht, in: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 47: 119-140.
- Schmucker, Rolf (2019): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen: Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Berlin: 49-60.
- Schnell-Inderst, Petra/Hunger, Theresa/Hintringer, Katharina/Schwarzer, Ruth/Seifert-Klauss, Vanadin/Gothe, Holger/Wasem, Jürgen/Siebert, Uwe (2011): Individuelle Gesundheitsleistungen. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 113, Köln: DIMDI.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Sondergutachten 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Deutscher Bundestag, Drucksache 17/10323 vom 10.07.2012.
- Simon, Michael (2019a): Das deutsche DRG-System: Vorgeschichte und Entwicklung seit seiner Einführung, in: Dieterich et al. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus: 3-27.
- Simon, Michael (2019b): Das deutsche DRG-System: Weder Erfolgsgeschichte noch leistungsgerecht, in: Dieterich et al. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus: 295-324.
- Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2020a): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2020b): Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/einrichtungen.html>
- Streeck, Wolfgang/Thelen, Kathleen (2005): Introduction: Beyond Continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies, in: Streeck, Wolfgang/Thelen, Kathleen (Eds.): Beyond Continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies, Oxford.
- Vogel, Stephen K. (1996): Freer Markets, More Rules. Regulatory Reform in Advanced Industrial Countries, Ithaca/London.
- Verspohl, Ines (2012): Health Care Reforms in Europe. Convergence towards a Market model? Baden-Baden.
- Wendt, Claus (2013): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich, 3. Aufl., Wiesbaden.
- Zok, Klaus (2019). Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. WIdO-monitor 16 (1): 1-12.