

Falk Illing

Gesundheitspolitik in Deutschland

Eine Chronologie der
Gesundheitsreformen der
Bundesrepublik Deutschland

2. Auflage

 Springer VS

Gesundheitspolitik in Deutschland

Falk Illing

Gesundheitspolitik in Deutschland

Eine Chronologie der
Gesundheitsreformen der
Bundesrepublik Deutschland

2. Auflage

 Springer VS

Falk Illing
Erfurt, Thüringen, Deutschland

ISBN 978-3-658-36315-4 ISBN 978-3-658-36316-1 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-36316-1>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert durch Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2017, 2022

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Jan Treibel

Springer VS ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Chronologie der Gesetze

G. ü. d. Selbstverwaltung u. ü. Änderungen v. Vorschriften auf dem Gebiet d. Sozialversicherung	30
(GKAR) G. ü. d. Kassenarztrecht	31
(BPflV 1954) Bundespflegesatzverordnung 1954	36
(ApoG) Apothekengesetz	37
(AMG 1961) Arzneimittelgesetz 1961	39
(KVWG) Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz	45
(KHG) Krankenhausfinanzierungsgesetz	47
(BPflV 1973) Bundespflegesatzverordnung 1973	49
(KHKG) Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz	57
(KHNG) Krankenhaus-Neuordnungsgesetz	59
(BPflV 1985) Bundespflegesatzverordnung 1985	62
(KVKG) Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz	64
(KVEG) Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz	69
(HBG 1983) Haushaltsbegleitgesetz 1983	70
(HBG 1984) Haushaltsbegleitgesetz 1984	70
(AMG 1976) G. z. Neuordnung d. Arzneimittelrechts	71
(1. AMGÄndG) Erstes G. z. Änderung des Arzneimittelgesetzes	72
(2. AMGÄndG) Zweites G. z. Änderung des Arzneimittelgesetzes	73
(GRG) Gesundheits-Reformgesetz	82

(2. SGB V-ÄndG) Zweites SGB V-Änderungsgesetz	92
Bedarfsplanungsgesetz	94
(GSG) Gesundheitsstrukturgesetz	102
(BPflV 1995) Bundespflegeverordnung 1995	109
(PflegeVG) Pflegeversicherungsgesetz	118
(BeitrEntlG) Beitragsentlastungsgesetz	128
(KHStabG 1996) Krankenhaus-Stabilisierungsgesetz 1996	129
(KHNG 1997) Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997	131
(GKVWG) GKV-Weiterentwicklungsgesetz	133
(1. GKV-NOG) 1. GKV-Neuordnungsgesetz	135
(2. GKV-NOG) 2. GKV-Neuordnungsgesetz	137
(7. SGB V-ÄndG) Siebtes SGB V-Änderungsgesetz	140
(GKVFG) GKV-Finanzstärkungsgesetz	144
(PsychThG) Psychotherapeutengesetz	146
(GKV-SolG) GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz	152
(GKV-Gesundheitsreform 2000) GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000	156
DRG-Systemzuschlags-Gesetz	162
(KHEntgG) Krankenhausentgeltgesetz	164
(FPG) Fallpauschalengesetz	163
(2. FPÄndG) Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz	164
GKV-Rechtsangleichungsgesetz	174
RSA-Reformgesetz	174
(FBAG) Festbetrags-Anpassungsgesetz	177
(ABAG) Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz	178
(AABG) Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz	179
(PQsG) Pflege-Qualitätssicherungsgesetz	181
(3. HeimGÄndG) Drittes G. z. Änderung des Heimgesetzes	184
(BSSichG) Beitragssatzsicherungsgesetz	192
(GMG) GKV-Modernisierungsgesetz	195

(ZahnFinAnpG) G. z. Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz	198
G. ü. d. Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln i. d. vertragsärztlichen Versorgung	215
(AMPoLG) Arzneimittel-Positivlisten-Gesetz	215
(AVWG) Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz	225
(WSG) GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz	228
(GKV-OrgWG) GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz	234
(VÄndG) G. z. Änderung des Vertragsarztrechts	241
(PfwG) Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	245
(PflegeZG) Pflegezeitgesetz	246
(KHRG) Krankenhausfinanzierungsreformgesetz	246
(StabSiG) G. z. Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland	249
(GKV-ÄndG) GKV-Änderungsgesetz	257
(AMNOG) Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz	258
Drittes G. z. Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften	261
G. z. Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung	262
(GKV-FinG) GKV-Finanzierungsgesetz	263
(GKV-VStG) GKV-Versorgungsstrukturgesetz	267
(PNG) Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz	278
(AssPflBedRG) Assistenzpflegebedarfs-Regelgesetz	279
(ANSG) Apothekennotdienstsicherstellungsgesetz	280
(13. SGB V-ÄndG) Dreizehntes SGB V-Änderungsgesetz	287
(14. SGB V-ÄndG) 14. SGB V-Änderungsgesetz	288
AMVSG GKV-Arzneimittelversorgungsgesetz	289
(HHVG) Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz	290
(GKV-FQWG) GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz	293
GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz	296

(GKV-VSG) GKV-Versorgungsstärkungsgesetz	298
(KInvFG) Kommunalinvestitionsförderungsgesetz	308
(KHSG) Krankenhausstrukturgesetz	309
(HPG) Hospiz- und Palliativgesetz	320
(PrävG) Präventionsgesetz	323
E-Health-Gesetz	325
(PSG I) Erstes Pflegestärkungsgesetz	328
(PSG II) Zweites Pflegestärkungsgesetz	331
(PSG III) Drittes Pflegestärkungsgesetz	332
(PsychVVG) G. z. Weiterentwicklung d. Versorgung u. d. Vergütung f. psychiatrische und psychosomatische Leistungen	335
(GSAV) Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung	342
(GKV-VEG) GKV-Versichertenentlastungsgesetz	344
(GKV-FKG) Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz	346
MDK-Reformgesetz	350
(TSVG) Terminservice- und Versorgungsgesetz	353
(GVWG) Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz	357
(DVG) Digitale-Versorgung-Gesetz	360
(GPVG) Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz	362
Bevölkerungsschutzgesetz	374
COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz	378
Zweites Bevölkerungsschutzgesetz	379
Drittes Bevölkerungsschutzgesetz	381
G. z. Fortgeltung d. d. epidemische Lage v. nationaler Tragweite betreffenden Regelungen	383
(Bundesnotbremse) Viertes Bevölkerungsschutzgesetz	384
Zweites Infektionsschutzgesetzänderungsgesetz	386
(ApoStG) Apothekenstärkungsgesetz	387
(PpSG) Pflegepersonal-Stärkungsgesetz	389

(PpUGV) Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung	391
(GKV-IPReG) Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz	392
(PDSG) Patientendaten-Schutz-Gesetz	393

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Im Dickicht der Gesundheitspolitik	1
1.2	Von Gesetzen und Kosten	4
1.3	Ein weiteres Buch über Gesundheitspolitik?	7
	Literatur	10
2	Strukturen und Akteure der deutschen Gesundheitspolitik	13
2.1	Kompetenzen des Bundes und sein Verhältnis zu Ländern und Verbänden	13
2.2	Befugnisse der Länder und Kommunen	17
2.3	Akteure der Selbstverwaltung	19
2.4	Matrix gesundheitspolitischer Verflechtung	24
	Literatur	27
3	Grundlegungen in den 1950er und 1960er Jahren	29
3.1	Anknüpfung an die Vorkriegszeit: Das Selbstverwaltungsgesetz	29
3.2	Gesetz über Kassenarztrecht	31
3.3	Wiederaufbau der Krankenhäuser und BpflV 1954	35
3.4	Apothekengesetz	37
3.5	Arzneimittelgesetz	39
	Literatur	41
4	Weichenstellungen in den 1970er und 1980er Jahren	45
4.1	Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz	45
4.2	Krankenhausfinanzierung und KHG	47
4.2.1	Probleme und Zielstellung	47

4.2.2	Das Selbstkostendeckungsprinzip	49
4.2.3	Duale Krankenhausfinanzierung mit Bundeszuschuss bis 1984	51
4.2.4	Krankenhausbedarfsplanung und Investitionsförderung	53
4.2.5	Pflegesätze und BPfIV 1973	55
4.2.6	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz	56
4.2.7	Neuordnung der Krankenhausfinanzierung & BPfIV 1985	59
4.3	Kostendämpfung: Die K-Gesetze	63
4.3.1	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz	63
4.3.2	Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz	69
4.3.3	Haushaltsbegleitgesetze	70
4.4	Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMG 1976) und AMPPreisV	71
4.5	Zwischenfazit: Wertewandel und Zentralisierung	73
	Literatur	76
5	Die Gesundheitspolitik unter der schwarz-gelben Koalition 1987–1990	81
5.1	Politische Zielstellungen in Koalitionsvertrag und Regierungserklärung	81
5.2	Gesundheits-Reformgesetz (GRG)	82
5.2.1	Probleme und Zielstellung	82
5.2.2	Leistungsangebot der GKV	84
5.2.3	Ausbau der Pflegeleistungen	85
5.2.4	Stärkung der Gesundheitsvorsorge	86
5.2.5	Überwindung der sektoralen Grenzen	87
5.2.5.1	Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte	87
5.2.5.2	Gescheiterte Einführung integrierter Versorgungsstrukturen	87
5.2.5.3	Teilstationäre Behandlung	88
5.2.6	Einsparungen im stationären Sektor	88
5.2.7	Arzneimittel: Festbetrag und Negativliste	90
5.2.8	Reformen in der vertragsärztlichen Versorgung ...	93
5.2.8.1	Weitere Straffung der Bedarfsplanung	93

5.2.8.2	Wirtschaftlichkeitsprüfung: Richtgrößen	95
5.2.9	Der MDK	96
5.3	Fazit: Der „Höhepunkt“ der Kostensenkung?	97
	Literatur	99
6	Die Gesundheitspolitik unter der schwarz-gelben Koalition 1990–1994	101
6.1	Koalitionsvertrag und Regierungserklärung	101
6.2	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)	102
6.2.1	Probleme und Zielstellung	102
6.2.2	Leistungskatalog und Zuzahlungen	104
6.2.3	Freie Kassenwahl und Risikostrukturausgleich	104
6.2.4	Stationärer Bereich	108
6.2.4.1	Fallpauschalen und Budgetierung	108
6.2.4.2	Ambulantes Operieren & vor- und nachstationäre Behandlung	110
6.2.4.3	Krankenhausinvestitionsprogramm (Art. 14-Mittel)	111
6.2.5	Arzneimittel: Budgets, Festbeträge und Preismoratorium	112
6.2.6	Ambulante Versorgungsstrukturen: Bedarfsplanung	115
6.3	Einführung der Pflegeversicherung	118
6.3.1	Probleme und Zielstellung	118
6.3.2	Pflegebedürftigkeitsbegriff und Pflegestufen	120
6.3.3	Leistungen der Pflegeversicherung	121
6.4	Zwischenfazit: Vorboten einer neuen Gesundheitspolitik	122
	Literatur	124
7	Die Gesundheitspolitik unter der schwarz-gelben Koalition 1994–1998	127
7.1	Koalitionsvertrag und Regierungserklärung	127
7.2	Initiativen zur Kostensenkung	128
7.2.1	Beitragsentlastungsgesetz	128
7.2.2	Stationärer Sektor	129
7.3	Gescheiterte Gesetzgebungsverfahren	130
7.3.1	Das gescheiterte Krankenhaus-Neuordnungsgesetz	130

7.3.2	Das gescheiterte GKV-Weiterentwicklungsgesetz	133
7.4	Das 1. GKV-Neuordnungsgesetz	134
7.5	Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz	136
7.5.1	Problem und Zielstellung	136
7.5.2	„Vorfahrt für die Selbstverwaltung“	137
7.5.3	Arzneimittel: Von den Budgets zu den Richtgrößen & Festbetragsanpassung	139
7.5.4	Kostenerstattung, Beitragsrückgewähr und Selbstbehalt.	141
7.5.5	Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	142
	7.5.5.1 Strukturverträge	142
	7.5.5.2 Modellvorhaben	143
7.6	GKV-Finanzstärkungsgesetz	143
7.7	Psychotherapeutengesetz	146
7.8	Zwischenfazit: Kurze Renaissance der Selbstverwaltung	147
	Literatur	148
8	Die Gesundheitspolitik unter der rot-grünen Koalition 1998– 2002	151
8.1	Koalitionsvertrag und Regierungserklärung	151
8.2	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz	152
8.3	Gesundheitsreform 2000	155
8.3.1	Probleme und Zielstellung	155
8.3.2	Das gescheiterte Globalbudget	157
8.3.3	Arzneimittel: Positivliste und Arznei- und Heilmittelbudgets	158
8.3.4	Neue Bedarfsplanung	160
8.3.5	Rahmenbedingungen für den stationären Sektor	161
	8.3.5.1 Diagnosis Related Groups (DRG)	161
	8.3.5.2 Krankenhausentgeltgesetz	164
	8.3.5.3 Gescheiterte Monistik	167
8.3.6	Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	168
	8.3.6.1 Einführung der integrierten Versorgung	168
	8.3.6.2 Gescheiterte ambulante Behandlung im Krankenhaus	172
	8.3.6.3 Ambulantes Operieren	173

8.4	Rechtsangleichungsgesetz und RSA-Reformgesetz	174
8.5	Gesetzesinitiativen im Arzneimittelsektor	176
8.5.1	Festbetragsanpassungsgesetz	176
8.5.2	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz	177
8.5.3	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz	179
8.6	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und Heimgesetz	181
8.7	Zwischenfazit: Zentralisierung	184
	Literatur	186
9	Die Gesundheitspolitik unter der rot-grünen Koalition 2002–	
	2005	191
9.1	Koalitionsvertrag und Regierungserklärung	191
9.2	Beitragssatzsicherungsgesetz	192
9.3	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)	195
9.3.1	Probleme und Zielstellung	195
9.3.2	Leistungsangebot, Zuzahlungen und Zusatzbeitrag	197
9.3.3	Strukturreform: Der G-BA	198
9.3.4	Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	199
9.3.4.1	Ausbau der integrierten Versorgung durch Selektivverträge	199
9.3.4.2	Ambulante Behandlung im Krankenhaus	202
9.3.4.3	Hausarztmodell und spezielle Versorgungsaufträge	204
9.3.4.4	Geburtsstunde der MVZ	205
9.3.5	Regelleistungsvolumina & Wirtschaftlichkeitsprüfung	207
9.3.6	Elektronische Gesundheitskarte und Praxisgebühr	210
9.3.7	Versandapotheken und Mehrbesitz	211
9.3.8	Arzneimittelkostensenkung ohne Positivliste	212
9.4	Das nicht realisierte Arzneimittel-Positivlisten-Gesetz	215
9.5	Die Rürup-Kommission	217
9.6	Zwischenfazit: Umbau durch staatlich-hoheitliche Steuerung	218
	Literatur	220

10 Die Gesundheitspolitik der Großen Koalition 2005–2009	223
10.1 Koalitionsvertrag und Regierungserklärung	223
10.2 Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz	225
10.3 Die Ärztestreiks	227
10.4 Gesundheitsreform 2007 – Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG)	228
10.4.1 Probleme und Zielstellung	228
10.4.2 Bürgerversicherung + Gesundheitsprämie = Gesundheitsfonds	230
10.4.3 Neuer Risikostrukturausgleich: Morbi-RSA	233
10.4.4 Kassenreform, Versicherungspflicht und Fusionen	234
10.4.5 Rabattverträge und Kosten-Nutzen-Bewertung	238
10.4.6 Rehabilitation und Pflege	239
10.4.7 Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	240
10.4.7.1 Facharztverträge	240
10.4.7.2 Weiterentwicklung der integrierten Versorgung	241
10.4.7.3 Ambulante Behandlung im Krankenhaus in der Krankenhausplanung	242
10.4.7.4 Weiterentwicklung der Hausarztverträge	243
10.4.8 Regionale Euro-Gebührenordnung und Wirtschaftlichkeitsprüfung	243
10.5 Pflegeweiterentwicklungsgesetz und Pflegezeitgesetz	245
10.6 Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)	246
10.7 Das gescheiterte Präventionsgesetz	249
10.8 Entlastung der Beitragszahler in Zeiten der Wirtschaftskrise	249
10.9 Zwischenfazit: Mehr Wettbewerb bei fortschreitender Zentralisierung	250
Literatur	252
 11 Die Gesundheitspolitik der schwarz-gelben Koalition 2009– 2013	 255
11.1 Koalitionsvertrag und Regierungserklärung	255
11.2 Arzneimittelsektor	257
11.2.1 Erhöhte Abschläge und Preismoratorium	257

11.2.2	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)	258
11.2.3	Weitere Initiativen im Arzneimittelsektor	261
11.3	Verhinderung sozialer Härten bei Beitragsschulden	262
11.4	GKV-FinG: pauschaler Zusatzbeitrag, Sozialausgleich und Disparität	263
11.5	Versorgungsstrukturgesetz (VStG)	266
11.5.1	Probleme und Zielstellung	266
11.5.2	Bedarfsplanung, ländlicher Raum und Strukturfonds	267
11.5.3	Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	270
11.5.3.1	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	270
11.5.3.2	MVZ, Praxisnetze & Krankenhausbehandlung bei Unterversorgung	272
11.5.3.3	Kommunale Eigeneinrichtungen	274
11.5.4	Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems	275
11.5.5	Strukturentwicklung des G-BA und Wettbewerb der Krankenkassen	276
11.6	Versorgungszuschlag für Krankenhäuser	276
11.7	Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz	278
11.8	Apothekennotdienst und Abschaffung der Praxisgebühr	279
11.9	Zwischenfazit: Stärkung von Selbstverwaltung und Leistungserbringern	281
	Literatur	282
12	Die Gesundheitspolitik der Großen Koalition ab 2013–2017	285
12.1	Koalitionsvertrag und Regierungserklärung	285
12.2	Arzneimittelversorgung, Heil- und Hilfsmittel	287
12.2.1	Verlängerung des Preismoratoriums für Arzneien	287
12.2.2	Arzneimittelversorgungsgesetz	289
12.2.3	Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz	290
12.3	GKV-Strukturreformen	293
12.3.1	Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz	293
12.3.2	GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz	296

12.4	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG)	297
12.4.1	Probleme und Zielstellung	297
12.4.2	Leistungskatalog der GKV: Zweitmeinung & Terminservicestellen	299
12.4.3	Unterversorgung: MVZ und ambulante Versorgung im Krankenhaus	301
12.4.4	Übersversorgung: Bedarfsplanung und Stilllegungen	303
12.4.5	Praxisnetze und Innovationsfonds	305
12.4.6	Von der integrierten zur besonderen Versorgung	306
12.4.7	Neuregelung der Honorarvergütung	307
12.5	Maßnahmen zur Verbesserung der stationären Versorgung	308
12.6	Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)	309
12.6.1	Probleme und Zielstellung	309
12.6.2	Qualität als Finanzierungskriterium	311
12.6.3	Qualitätsabhängige Zu- und Abschläge, Qualitätsverträge & Mengensteuerung	313
12.6.4	Qualität in der Krankenhausplanung	316
12.6.5	Strukturfonds	317
12.6.6	Vom Versorgungs- zum Pflegezuschlag; Notfall- und Sicherstellungszuschläge	319
12.7	Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)	320
12.8	Das Präventionsgesetz	322
12.9	E-Health-Gesetz	325
12.10	Die Pflegestärkungsgesetze	327
12.10.1	PSG I: Ausweitung der Leistungen	327
12.10.2	PSG II: Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff	330
12.10.3	PSG III: Stärkung der Kommunen	332
12.11	Zwischenfazit: Eine neue Phase der Gesundheitspolitik	335
	Literatur	336
13	Die Gesundheitspolitik der Großen Koalition 2017–2021	341
13.1	Koalitionsvertrag und Regierungserklärung	341
13.2	Sicherheit in der Arzneimittelversorgung	342
13.3	GKV-Strukturenreformen	344
13.3.1	GKV-Versichertenentlastungsgesetz	344

13.3.2	Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz: Regionaler RSA	346
13.3.3	MDK-Reformgesetz	350
13.4	Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	353
13.4.1	Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)	353
13.4.2	Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG)	357
13.4.3	Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)	360
13.4.4	Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG)	362
13.5	Die Corona-Gesetzgebungsmaßnahmen	364
13.5.1	Neuer Regierungsmodus: Die Entscheidungen der Bund-Länder-Konferenzen	364
13.5.2	Das Bevölkerungsschutzgesetz	374
13.5.3	COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz	378
13.5.4	Zweites Bevölkerungsschutzgesetz	379
13.5.5	Drittes Bevölkerungsschutzgesetz	381
13.5.6	Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen (EpLaFoG)	383
13.5.7	Viertes Bevölkerungsschutzgesetz: Bundesnotbremse	384
13.5.8	Zweites Infektionsschutzgesetzänderungsgesetz	386
13.5.9	Weitere gesundheitspolitische Maßnahmen während der Corona-Krise	386
13.6	Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken	387
13.7	Pflegegesetzgebung	389
13.7.1	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG)	389
13.7.2	Weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege (PpUGV & GKV-IPReG)	391
13.8	Digitalisierung und Telematik im Gesundheitswesen (PDSG & DVPMG)	392
13.9	Zwischenfazit: Schleichende Verstaatlichung der Gesundheitspolitik	394
Literatur	396

14 Schlussbetrachtung	401
Stichwortverzeichnis	405

Abkürzungsverzeichnis

a.F.	alte Fassung
AMNutzenV	Arzneimittelnutzenverordnung
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Art.	Artikel
ÄrzteZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
ASV	ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BÄK	Bundesärztekammer
BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
BAT	Bundes-Angestelltentarif
BGBI	Bundesgesetzblatt
BT	Bundestag
BKK	Betriebskrankenkasse
BKV	Berufskrankheitsverordnung
BLK	Bund-Länder-Konferenz
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1957–2002)
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales (seit 2005)
BMF	Bundesministerium
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Sozialordnung (2002–2005)
BpflV	Bundespflegesatzverordnung
BR	Bundesrat
BSG	Bundessozialgericht
BSI	Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik
BVA	Bundesversicherungsamt

BVerfGE	Bundesverfassungsgerichtsentscheidung
BVerwGE	Bundesverwaltungsgerichtsentscheidung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
Drs.	Drucksache
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EGV	extrabudgetäre Gesamtvergütung
eMP	elektronischer Medikationsplan
ePA	elektronische Patientenakte
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
GGW	G+G Wissenschaft
GKAR	Gesetz über Kassenarztrecht
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GuS	Gesundheits- und Sozialpolitik
HBG	Haushaltsbegleitgesetz
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung
i.d.F.	in der Fassung
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IKK	Innungskrankenkasse
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQTiG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
i.V.m.	in Verbindung mit
KAiG	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
Kap.	Kapitel
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KNB	Kosten-Nutzen-Bewertung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVdR	Krankenversicherung der Rentner
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
N1, N2, N3	Packungsgröße für Arzneimittel
NBA	Neues Begutachtungsassessment
NotSanG	Notfallsanitätäergesetz

ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PM	Pressemitteilung
RKI	Robert-Koch-Institut
RL	Richtlinie
RSA	Risikostrukturausgleich
RSAV	Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich
RVO	Reichsversicherungsverordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
VStG	Versorgungsstrukturgesetz
WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland



1.1 Im Dickicht der Gesundheitspolitik

„Experimentelle Gesetzgebung“. Treffender als mit dieser Bezeichnung des Verfassungsrichters a.D. Udo di Fabio während seiner Laudatio zum 25-jährigen Jubiläum der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer in Thüringen lässt sich die Gesetzgebung im Politikfeld der Gesundheitspolitik in Deutschland nicht beschreiben. Von Mitte der 1970er Jahre bis 1996 wurden im Bereich der Gesundheitspolitik 46 größere Gesetze erlassen, die knapp 7000 Einzelmaßnahmen umfassten.¹ Hinzu treten über 100 weitere Änderungsgesetze, mit denen die GKV einem beständigen Wandel unterzogen wurde. Aktuell ist keine geringere Geschwindigkeit in der Gesundheitspolitik zu messen. In jeder neuen Legislaturperiode folgen Gesundheitsreformen, ändern sich die Finanzierungsgrundlagen und werden die Konzepte fortentwickelt. Es kann nicht überraschen, wenn Beobachter diesem Politikfeld eine besondere Intransparenz vorwerfen: „Die Fülle an Gesetzesänderungen [ist] gleichermaßen frustrierend – Intransparenz, Grabenkämpfe und Blockadestrategien bescheren der Gesundheitspolitik ein eher schlechtes Image.“² FAZ-Wirtschaftskorrespondent Andreas Mihm pointiert diese wechselhafte Politikgeschichte hinsichtlich des Fazits zum Versorgungsstärkungsgesetz: „Von dem aktuellen Referentenentwurf gehen sicherlich Veränderungen und längerfristige Wirkungen aus, aber man sollte sich auch nicht zu viel versprechen. Spätestens 2018 kommt das nächste Gesetz.“³

¹ Vgl. Bundestag (1996a, S. 9543).

² Hartmann (2003, S. 259).

³ KBV (2014).

Mag die Fülle der Gesetzesinitiativen und die Dynamik des Wandels in der Gesundheitspolitik auch strapaziös sein, so lässt sich doch eine gewisse Struktur in den Entscheidungen einer mehr oder minder erratischen Gesetzgebung erkennen. Sie macht sich einerseits an den Zielen der Gesundheitspolitik fest. Andererseits folgt die Gesetzgebung den Bedürfnissen der größten Kostenträger in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die gesundheitspolitischen Entscheidungen folgen einem Muster. Im wechselhaften Ringen zwischen der staatlichen Hoheit im Gesundheitswesen und den Abwehrstrategien der Selbstverwaltung zeigt sich die allmähliche Dominanz staatlicher Regulierung im Gesundheitswesen. Zeitgleich mit dieser „Ordnung des Gesundheitswesens auf dem Verordnungswege“ schwinden ganz allmählich die Grenzen zwischen den Sektoren. Eine Begründung für die Fülle an Gesetzen findet sich in der überwiegend staatlich angeordneten, gleichwohl nicht staatlichen Finanzierung des Gesundheitswesens. Während der Staat die Vorgaben macht, werden sie durch die Partner der Selbstverwaltung konkretisiert. Im Gegensatz zu „direkten“ staatlichen Entscheidungen wie Steuererhöhungen oder Kürzungen von Sozialleistungen liegt zwischen dem Gesetzgeber und den krankenversicherten Wählern stets der Puffer der Selbstverwaltung. In dieser Trias lassen sich nicht nur Verantwortlichkeiten abschieben. Zugleich können finanzielle Belastungen auf Dritte verlagert werden. Diese Konstellation macht die deutsche Gesundheitspolitik anfällig für zügig aufeinanderfolgende Reformen, mit denen ein aufs andere Mal versucht wird, die Defizite einer bestimmten Regelung durch ein neues Gesetz zu beheben.

Die Bundesregierung, die in der Selbstverwaltung sowohl ihren Kompagnon als auch ihren Widersacher findet, hat sich im Feld der Gesundheitspolitik in den vergangenen Jahrzehnten einen ganz eigenen Politikstil angeeignet. In Erkenntnis mangelnden Gesetzesvollzugs bei fehlender Unterstützung durch die Verbände der Selbstverwaltung bringt sie mit seltener Langmut unbeirrbar die gleichen Maßnahmen so lange in die Gesundheitsreformen ein, bis die Konstellation aus regierungstragenden Parteien, Bundesratsmehrheit und dem finanziellen Leidensdruck der GKV zum Erfolg der Maßnahmen führt. Es erfolgt immerwährend die „Reform der Reform“⁴. Mögen einige Paragrafen aus den Gesetzentwürfen gestrichen werden – im unübersichtlichen und schnell wandelnden Wirrwarr an Regelungen tauchen sie wieder und wieder auf, bis sie Wirkmächtigkeit erlangen. Bei solcher Art Gesetzgebung kann es vorkommen, dass sich die scheinbare Neuregelung als Wiedereinführung einer zuvor gestrichenen Passage entpuppt. Ebenso ist die Einführung einiger gesundheitspolitischer Instrumente durch die

⁴ Hajen et al. (2010, S. 279).

Bundesratsmehrheit jener Parteien verhindert worden, unter deren Ägide sie später unter wechselnden Mehrheitsverhältnissen wieder in den Gesetzentwürfen zu finden sind.

Spiegelbildlich zur Persistenz der Bundesregierung und des Gesundheitsministeriums hat die Selbstverwaltung eine ihr eigene Wehrhaftigkeit entwickelt, mit der sie unliebsame Reformen auszusetzen weiß. Als Körperschaften öffentlichen Rechts mit sachverständiger Führung, organisiert als geschlossene Einheiten und ausgestattet mit einem ebenso einheitlichen politischen Willen vermag ihnen die Politik nur bedingt Vorschriften zu machen. Wenn es die Politik doch versucht, dann erweist sich ihr „Beharrungsvermögen“⁵ als sehr groß. Sinnbildlich und beispielhaft für die Abwehrhaltung der Selbstverwaltung gegenüber hoheitlichen Interventionen in ihren Machtbereich steht die vom Gesetzgeber geforderte, jedoch erst verspätet und nur unter Strafgeldandrohung eingeführte elektronische Gesundheitskarte. Die elektronische Gesundheitskarte mag angesichts der schiereren Größe des deutschen Gesundheitssystems und seines wohl weltweit einzigartigen Leistungskatalogs als Trivialität und Nichtigkeit angesehen werden. Doch sie machte eins klar: Ohne die Selbstverwaltung ist keine Gesundheitspolitik zu machen. Diese Wagenburg-Mentalität der Selbstverwaltung trägt ihren Teil zu einer hohen Gesetzgebungsfrequenz bei. Stets wenn der Gesetzgeber eine unzureichende Umsetzung seiner Reformvorschläge beklagt, sehen sich die gesetzgebenden Institutionen gezwungen, einen neuen Anlauf zu unternehmen. Es scheint, als ob die Fülle an Gesetzen der Preis ist, den die Politik zahlen muss, wenn sie das Gesundheitssystem nicht der staatlichen Obhut unterstellt. Sei es, um staatliche Ressourcen zu schonen, um einen besseren Output zu erzeugen oder mehr Akzeptanz der Akteure zu erlangen.

Weitere Gründe lassen sich für die sich schnell ändernde Gesetzeslage anführen. Das deutsche Gesundheitssystem beruht zu einem großen Teil auf öffentlichen Ausgaben. In der Bundesrepublik herrscht ein allgemeiner politischer Konsens darüber, dass die Versorgung mit medizinischen und ärztlichen Leistungen nicht über Marktprozesse geregelt werden soll. Gewünschte Anpassungen und Änderungen im Gesundheitssystem erfordern aufgrund dieser Abschottung von jeglichen Marktprozessen einen kontinuierlichen Gesetzgebungsprozess, der beständig alle Parameter regelt. Aus der schnellen Entwicklung des Gesundheitswesens aufgrund der hohen Gewichtung des Sozialstaatsprinzips im deutschen Verfassungsgefüge ist ein großer Apparat erwachsen, den der Gesetzgeber je nach

⁵ Reiners (2010, S. 16)

äußeren Faktoren mit stetigen neuen Anweisungen programmieren muss. Die Verarbeitung der unzähligen Impulse obliegt aufgrund der fehlenden Marktlogik des Gesundheitswesens der Politik.

1.2 Von Gesetzen und Kosten

Die Gesundheitspolitik der Großen Koalition unter Hermann Gröhe markiert eine Zäsur gegenüber den Reformen der vergangenen 20 Jahre. Seit langem war die Gesundheitspolitik geleitet vom Ziel der Kostensenkung. Die Gesundheitspolitik der Großen Koalition stellt vor allem deswegen einen Einschnitt dar, weil sie zu keinem Zeitpunkt die in der Vergangenheit viel zitierte und zu Recht fragwürdige „Kostenexplosion“⁶ beklagt. Im Gegenteil: Mit zahlreichen Leistungsverbesserungen, mehr Rechten der Versicherten und Investitionen in weniger gut finanzierte Versorgungsbereiche bekommt der Gesundheitssektor mit den Worten Karl Schillers „einen kräftigen Schluck aus der Pulle“. Diese Politik der Leistungsausweitung leitet eine neue und damit die fünfte Periode der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik ein.

Die erste Phase, die sich von der Gründung der Bundesrepublik bis zum Ende der 1960er Jahre erstreckt, war geprägt von der Wiederherstellung der traditionellen Strukturen der Selbstverwaltung. Allerdings dürfen die späteren Initiativen zur Kostensenkung und die Strukturreformen im Gesundheitssystem nicht losgelöst von dieser ersten Phase der Gesundheitspolitik betrachtet werden. Vielmehr wurden während der Grundlegungen der 1950er und 1960er Jahre jene Institutionen und Strukturen geschaffen, die der Gesetzgeber später wieder reformieren wollte – und deren Reform seit vielen Jahrzehnten im Mittelpunkt gesundheitspolitischer Anstrengungen steht. Der Wiederaufbau der Selbstverwaltung, das Kassenarztrecht und die Krankenhausfinanzierung schufen eine kompakte und sektoral abgeschottete Gesundheitslandschaft. In dieser ersten Phase wurden Elemente in das Gesundheitswesen aufgenommen, die eine Interaktion zwischen den Akteuren und damit eine durchgängige Behandlungskette der Patienten schwierig gestalteten. In der anhaltenden Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen – bspw. durch die integrierte Versorgung, die Modellvorhaben oder die Hausarztverträge – versucht der Gesetzgeber, diese Durchlässigkeit nachträglich zu schaffen. Die Kostendebatte war damals nachrangig, obgleich die 50er und 60er Jahre die höchsten Zuwachsraten in der GKV aufwiesen. Von 1950 bis

⁶ Spätestens mit dem KHNG von 1984 hatte der Begriff „Kostenexplosion“ Eingang in die Rhetorik der Bundesregierung gefunden, vgl. Bundesregierung (1984, S. 13).

1959 stiegen die Ausgaben jährlich durchschnittlich um 15 %.⁷ In der darauffolgenden Dekade von 1950 bis 1960 stiegen die Zuwachsraten nicht mehr derart dynamisch, allerdings beliefen sie sich noch immer auf rund 10 % jährlich.

Auf dieses Fundament aufbauend wurde in der zweiten Phase der Gesundheitspolitik, die bis in die Mitte der 1970er Jahre reichte, das System der GKV und mit ihm das öffentliche Gesundheitswesen ausgebaut. Einerseits nahm der Leistungskatalog zu, andererseits vergrößerte sich der Adressatenkreis der Leistungsberechtigten. Durch die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze ließen sich mehr Einnahmen generieren, die zügig zahlreicher Verwendungen zugeführt wurden. Das KHG erlaubte eine umfassende Finanzierung der Krankenhäuser, die einen jahrzehntelangen Investitionsstau auflöste. Diese Phase hat insoweit Bedeutung für die spätere Gesundheitspolitik, als das in ihr sowohl durch die Gesetze, als durch den zugestandenen Freiraum der Selbstverwaltung jenes Ausgabeniveau perpetuiert wurde, der bereits wenige Jahre später als „Kostenexplosion“ für Furore sorgte. Diese Entwicklung trifft besonders für den Krankenhausbereich zu, der Ende der 1960er Jahre noch als unterfinanziert galt, kurz darauf hingegen als Hauptkostentreiber ausgemacht wurde. Die Ausgabensteigerung verlief in dieser zweiten Phase der Gesundheitspolitik fast ebenso dynamisch wie in den 50er Jahren. In den 1970er Jahren betrug die jährliche Steigerungsrate knapp 14 %. Damit hatten sich die Ausgaben der GKV in den Jahren von 1950 bis 1980 um das 37-fache erhöht. Diesem Zuwachs stand nur eine Verzehnfachung des BIPs gegenüber.

Die dritte Phase, die von der zweiten Hälfte der 1970er Jahre bis zum Ende der 1980er Jahre reichte und deren Schlussstrich mit dem GRG gezogen wurde, lässt sich als Kostendämpfungspolitik charakterisieren. Im vertragsärztlichen Bereich zog der Gesetzgeber mit dem KVWG erste Leitplanken zur Steuerung der ambulanten Versorgung ein. In der stationären Versorgung wurden ebenso wie im vertragsärztlichen Bereich mit den K-Gesetzen (KHKG, KVKG, KVEG) und den beiden Haushaltsbegleitgesetzen von 1983 und 1984 zahlreiche Sparmaßnahmen initiiert. In diese Phase fällt vor allem das Streichen von Leistungen aus dem Katalog der GKV. Dieser Kontingentierung kann die Wirkung nicht abgesprochen werden: Im Zeitraum von 1980 bis 1990 stiegen die Ausgaben mit einem Plus von 56 % weniger rasant als in den Vorjahren an.

In die vierte Phase, die sich vom Ende der 1980er Jahre bis 2009 erstreckte, fallen die Strukturreformen. Das GRG markiert den Beginn dieser Phase, denn es beinhaltete bereits zahlreiche strukturelle Ansätze, auch wenn es häufig exemplarisch für die Kostensenkung angeführt wird. In der vierten Phase der

⁷ Berié und Fink (2002, S. 11).

Strukturreformen versuchte der Gesetzgeber jene Pfadabhängigkeiten zu durchbrechen, in die er sich mit dem rigiden System der abgeschotteten Sektoren in der ersten Phase der Gesundheitspolitik selbst begeben hatte. Mit zahlreichen sektorenübergreifenden und „durchgängigen“ Versorgungskonzepten wurde in der vierten Phase ein komplementäres Netz zusätzlicher Leistungen über das traditionelle System gelegt. Der erratischen Gesundheitspolitik ist es geschuldet, dass diesen Bemühungen kein einheitliches Konzept zugrunde liegt: „Vielmehr wurden für einzelne Fragen der Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle des ambulanten und stationären Sektors jeweils ad hoc spezifische Lösungen geschaffen. Im Ergebnis stehen daher diverse Versorgungsangebote vergleichsweise inkonsistent nebeneinander, identische Leistungen werden je nach Regelungskreis unterschiedlich vergütet.“⁸ Die Öffnung der Sektorengrenzen wurde ergänzt durch Steuerungsinstrumente in den Leistungsbereichen. Mit den Festbeträgen für Arzneimittel, Rabattverträgen, der Kosten-Nutzen-Bewertung, der freien Kassenwahl und dem RSA, den DRGs und den Zusatzbeiträgen wurde die vormals statische Wettbewerbsordnung im Gesundheitswesen dynamisiert. Zahlreiche Zuzahlungsregelungen für die Versicherten sollten ebenso ein Preisbewusstsein auf der Nachfrageseite schaffen wie Rückkopplungssysteme für die Leistungserbringer in Form des Regresses oder der Bonus-Malus-Regelung auf der Angebotsseite. Zugleich ist die Periodisierung als Phase der Strukturreform stets als Idealtyp zu verstehen. Denn mit den vielfältigen Preismoratorien für Arzneien, der Negativliste und weiteren Kürzungen im Leistungskatalog blieben Elemente der traditionellen Kostendämpfungspolitik erhalten. An den weiterhin steigenden Kosten konnten jedoch auch die Strukturreformen nichts ändern. Denn während im alten Bundesgebiet der Zuwachs der Ausgaben in den 1990er Jahren bei 3 % jährlich stagnierte, wurde ein Großteil der Ausgabensteigerung nun durch die Kosten der Wiedervereinigung und den Umbau des ostdeutschen Gesundheitssystems verursacht. Im Osten der Republik nahmen die Ausgaben der GKV im gleichen Zeitraum mehr als doppelt so stark zu. In der Folge musste der Gesetzgeber den gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich früher einführen als ursprünglich geplant. Der Erfolg der Strukturreformen wurde durch die einigungsinduzierten Beitragssatzsteigerungen wieder relativiert. In der ersten Dekade des neuen Jahrhunderts verweilte die Ausgabenentwicklung im gesamten Bundesgebiet auf dem Niveau der 1990er Jahre. Von 2000 bis 2009 stiegen die Ausgaben um 30 %, womit sie im Vergleich zu anderen Phasen auf einem moderaten Niveau verweilten. Auf die Frage, warum nicht stärkere Einsparungen in all den Jahren der Strukturreformen gelangen, können verschiedene Antworten

⁸ Vgl. Leber und Wasem (2016, S. 3).

gegeben werden. Einerseits bildete sich mit der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen – wie der integrierten Versorgung etc. – eine Parallelstruktur aus, ohne dass entsprechende traditionelle Versorgungsangebote revidiert würden. Andererseits haben sich die grundlegenden Prinzipien der GKV nur sehr graduell geändert, wodurch Problemlagen wie moral hazard und übermäßige Leistungsinanspruchnahme weiterhin auftreten.

Bereits mit der Gesundheitspolitik der schwarz-gelben Koalition setzte ein erneuter Wandel ein, der sich in der Großen Koalition noch deutlicher abzeichnete. In dieser fünften Phase der Gesundheitspolitik spielt die Kostenfrage nur noch eine sehr untergeordnete Rolle. Daraus lässt sich schließen, dass die jahrzehntelang bestimmende politische Debatte um die Lohnstückkosten an Relevanz verloren hat. Stattdessen werden Leistungsbereiche wie die Pflege, die Prävention sowie die Hospiz- und Palliativversorgung ausgebaut und die Folgen des demografischen Wandels rücken in den Mittelpunkt. Der Krankenhausbereich hatte sowohl unter der schwarz-gelben Koalition von 2009–2013 als auch in der Großen Koalition in der 18. Legislaturperiode zusätzliche Mittel erhalten und soll mit dem neuen Strukturfonds auf die alternde Gesellschaft vorbereitet werden. Die Folgen der neuen Gesundheitspolitik deuten sich bereits an: Für das Jahr 2017 werden Gesamtausgaben von 229 Mrd. € prognostiziert, was einem Zuwachs im Vergleich zu Vorjahr von 5 % entspricht. Mit einem Zuschuss aus der Liquiditätsreserve an den Gesundheitsfonds verhinderte der Haushaltsgesetzgeber, dass im Bundestagswahljahr 2017 die Beitragssätze der Krankenkassen übermäßig anstiegen. Dessen ungeachtet sahen sich zahlreiche Krankenkassen zum Jahreswechsel 2017 zu einer Beitragssatzerhöhung gezwungen, sodass nun alle GKV-Versicherten Zusatzbeiträge abführen müssen.

1.3 Ein weiteres Buch über Gesundheitspolitik?

Aufgrund der Herausforderung, welche die Bewältigung der gesundheitspolitischen Gesetzgebungsfülle darstellt, überrascht es, wie wenig Überblickswerke einen einfachen Einstieg in diese schnell wechselnde Materie bieten. Die eigentliche Herausforderung ist der fehlende strukturierte Überblick zu den ständig wandelnden gesundheitspolitischen Instrumenten. Das vorliegende Buch versucht, diese Lücke zu schließen, indem es die zahlreichen Reformen nicht nur chronologisch ordnet, sondern die Maßnahmen jeweils zu den vorherigen und nachfolgenden Gesetzen in Beziehung setzt. Würden die unzähligen Anpassungen, Adjustierungen und Neufassungen der gesundheitspolitischen Teilbereiche und Themenfelder nur aneinander gereiht, ließe sich die Entwicklung

der Gesundheitspolitik nicht qualitativ nachvollziehen. Aufgrund der schieren Fülle einer allein quantitativen Auflistung aller Reformen kann eine unkommentierte Chronologie die jeweilige Einzelmaßnahme nicht in das Gesamtsystem der Gesundheitspolitik einordnen: Gleich Puzzle-Teilen im Karton sind zwar alle vorhanden, doch sie ergeben kein geschlossenes Bild.

Die vorliegende Chronologie folgt nicht allein der zeitlichen Abfolge der wichtigsten Gesetzgebungsverfahren. Der Schwerpunkt in den Kapiteln und der Betrachtung zu den einzelnen Gesetzesinitiativen liegt auf den wichtigsten Elementen des deutschen Gesundheitssystems, die gleichsam über die Legislaturperioden hinweg „verfolgt“ werden. So wird bspw. der Risikostrukturausgleich in seiner gesamten Entwicklung abgebildet: Von seiner Einführung, über die Fortentwicklung unter der rot-grünen Bundesregierung bis zu den Anpassungen im Rahmen der Gesundheitsreform im Jahre 2007 und anschließend im GKV-FQWG. Das Register des Buches bietet einen zusätzlichen Wegweiser, denn mit ihm können die einzelnen Maßnahmen zügig aufgespürt werden. Im Register sind jedem Haupteintrag Unterpunkte zugeordnet, die die Änderung und die jeweilige Fundstelle in den Gesetzen und Reformen angeben.

Für eine gewisse Unübersichtlichkeit sorgen neben der Verteilung der Leistungserbringung auf unterschiedliche Träger auch die zahlreichen Verflechtungen zwischen den Leistungserbringern und staatlichen Ebenen im föderativen System. Das deutsche Gesundheitssystem lässt sich deswegen als „System komplexer Vielfachsteuerung“⁹ charakterisieren. An dieser Stelle soll das Buch als Kompass dienen, mit dem jeweils der passende Normgeber gefunden werden kann.

Mit dem Bezug zum rechtlichen Regelwerk unternimmt das vorliegende Buch darüber hinaus den Versuch, nicht nur den steten Wandel der Reformen nachzuzeichnen, sondern außerdem immer auch die entsprechenden Paragraphen in den einschlägigen Gesetzen aufzuzeigen. Die Sozialgesetzgebung im Allgemeinen, besonders aber das SGB V unterliegt durch die ständigen Gesundheitsreformen der permanenten Veränderung. Bei der Analyse der Gesundheitsreformen ist es überaus hinderlich, jeweils die richtige Anspruchs- und Rechtsgrundlage der GKV-Leistungen und Strukturprinzipien nachzuvollziehen, da sie in kürzester Zeit umgeschrieben werden. Andere Instrumente wiederum wandern an neue Stellen im SGB V. In dieser Problematik soll das Auffinden der Paragraphen vereinfacht werden.

Die vorliegende Chronologie zeichnet die Gesundheitspolitik in Deutschland von ihren Anfängen bis zu den aktuellen Gesetzesinitiativen nach – dabei muss der umfangreiche Stoff notwendigerweise gestrafft dargestellt werden. Zwar steht

⁹ Alber (1992, S. 243).