

Falk Illing

# Gesundheitspolitik in Deutschland

Eine Chronologie  
der Gesundheitsreformen  
der Bundesrepublik



Springer VS

---

# Gesundheitspolitik in Deutschland

---

Falk Illing

# Gesundheitspolitik in Deutschland

Eine Chronologie  
der Gesundheitsreformen  
der Bundesrepublik

 Springer VS

Falk Illing  
Chemnitz, Deutschland

ISBN 978-3-658-17608-2      ISBN 978-3-658-17609-9 (eBook)  
DOI 10.1007/978-3-658-17609-9

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

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2017

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 Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

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.

Lektorat: Jan Treibel

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

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

*Siehst Du auch noch eine dritte  
Art von Gutem, worunter das  
Turnen gehört und das  
Arzneinehmen in Krankheiten  
und das Arzneiverordnen und  
womit man sonst noch Geld  
verdient?*

Platon, Politeia  
ca. 370 v. Chr.

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> . . . . .	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
<b>2</b>	<b>Strukturen und Akteure der deutschen Gesundheitspolitik</b> . . . . .	13
2.1	Kompetenzen des Bund und sein Verhältnis zu Ländern und Verbänden . . . . .	13
2.2	Befugnisse von Ländern und Kommunen . . . . .	17
2.3	Akteure der Selbstverwaltung . . . . .	19
	Literatur . . . . .	25
<b>3</b>	<b>Grundlegungen in den 1950er und 1960er Jahren</b> . . . . .	27
3.1	Anknüpfung an die Vorkriegszeit: Das Selbstverwaltungsgesetz . . . . .	27
3.2	Gesetz über Kassenarztrecht . . . . .	29
3.3	Wiederaufbau der Krankenhäuser und BpflV 1954 . . . . .	33
3.4	Apothekengesetz . . . . .	35
3.5	Arzneimittelgesetz . . . . .	37
	Literatur . . . . .	39
<b>4</b>	<b>Weichenstellungen in den 1970er und 1980er Jahren</b> . . . . .	43
4.1	Krankenversicherungsentwicklungsgesetz . . . . .	43
4.2	Krankenhausfinanzierung und KHG . . . . .	45
4.2.1	Probleme und Zielstellung . . . . .	45
4.2.2	Das Selbstkostendeckungsprinzip . . . . .	47

4.2.3	Duale Krankenhausfinanzierung mit Bundeszuschuss bis 1984 . . . . .	49
4.2.4	Krankenhausbedarfsplanung und Investitionsförderung . . . . .	51
4.2.5	Pflegesätze und BpflV 1973 . . . . .	53
4.2.6	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz . . . . .	54
4.2.7	Neuordnung der Krankenhausfinanzierung & BpflV 1985 . . . . .	57
4.3	Kostendämpfung: Die K-Gesetze . . . . .	61
4.3.1	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz . . . . .	61
4.3.2	Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz . . . . .	67
4.3.3	Haushaltsbegleitgesetze . . . . .	68
4.4	Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMG 1976) und AMPPreisV. . . . .	69
4.5	Zwischenfazit: Wertewandel und Zentralisierung . . . . .	72
	Literatur . . . . .	74
<b>5</b>	<b>Die Gesundheitspolitik unter der schwarz-gelben Koalition 1987–1990 . . . . .</b>	<b>79</b>
5.1	Politische Zielstellungen in Koalitionsvertrag und Regierungserklärung . . . . .	79
5.2	Gesundheits-Reformgesetz (GRG) . . . . .	80
5.2.1	Probleme und Zielstellung . . . . .	80
5.2.2	Leistungsangebot der GKV . . . . .	82
5.2.3	Ausbau der Pflegeleistungen . . . . .	83
5.2.4	Stärkung der Gesundheitsvorsorge . . . . .	84
5.2.5	Überwindung der sektoralen Grenzen . . . . .	85
5.2.6	Einsparungen im stationären Sektor . . . . .	87
5.2.7	Arzneimittel: Festbetrag und Negativliste . . . . .	88
5.2.8	Reformen in der vertragsärztlichen Versorgung . . . . .	92
5.2.9	Der MDK . . . . .	95
5.3	Zwischenfazit: Der „Höhepunkt“ der Kostensenkung? . . . . .	95
	Literatur . . . . .	97
<b>6</b>	<b>Die Gesundheitspolitik unter der schwarz-gelben Koalition 1990–1994 . . . . .</b>	<b>99</b>
6.1	Koalitionsvertrag und Regierungserklärung . . . . .	99
6.2	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) . . . . .	100
6.2.1	Probleme und Zielstellung . . . . .	100

6.2.2	Leistungskatalog und Zuzahlungen . . . . .	102
6.2.3	Freie Kassenwahl und Risikostrukturausgleich . . . . .	102
6.2.4	Stationärer Bereich . . . . .	105
6.2.5	Arzneimittel: Budgets, Festbeträge und Preismoratorium . . . . .	110
6.2.6	Ambulante Versorgungsstrukturen: Bedarfsplanung . . . . .	113
6.3	Einführung der Pflegeversicherung . . . . .	116
6.3.1	Probleme und Zielstellung . . . . .	116
6.3.2	Pflegebedürftigkeitsbegriff und Pflegestufen . . . . .	118
6.3.3	Leistungen der Pflegeversicherung . . . . .	119
6.4	Zwischenfazit: Vorboten einer neuen Gesundheitspolitik . . . . .	120
	Literatur . . . . .	122
<b>7</b>	<b>Die Gesundheitspolitik unter der schwarz-gelben Koalition 1994–1998 . . . . .</b>	<b>125</b>
7.1	Koalitionsvertrag und Regierungserklärung . . . . .	125
7.2	Initiativen zur Kostensenkung . . . . .	126
7.2.1	Beitragsentlastungsgesetz . . . . .	126
7.2.2	Stationärer Sektor . . . . .	127
7.3	Gescheiterte Gesetzgebungsverfahren . . . . .	128
7.3.1	Das gescheiterte Krankenhaus-Neuordnungsgesetz . . . . .	128
7.3.2	Das gescheiterte GKV-Weiterentwicklungsgesetz . . . . .	131
7.4	Das 1. GKV-Neuordnungsgesetz . . . . .	133
7.5	Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz . . . . .	135
7.5.1	Problem und Zielstellung . . . . .	135
7.5.2	„Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ . . . . .	136
7.5.3	Arzneimittel: Von den Budgets zu den Richtgrößen & Festbetragsanpassung . . . . .	137
7.5.4	Kostenerstattung, Beitragsrückgewähr und Selbstbehalt . . . . .	139
7.5.5	Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen . . . . .	140
7.6	GKV-Finanzstärkungsgesetz . . . . .	142
7.7	Psychotherapeutengesetz . . . . .	145
7.8	Zwischenfazit: Kurze Renaissance der Selbstverwaltung . . . . .	146
	Literatur . . . . .	147



<b>8 Die Gesundheitspolitik unter der rot-grünen</b>	
<b>Koalition 1998–2002</b> . . . . .	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
8.3.6 Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen . . . . .	168
8.4 Rechtsangleichungsgesetz und RSA-Reformgesetz . . . . .	174
8.5 Gesetzesinitiativen im Arzneimittelsektor . . . . .	177
8.5.1 Festbetragsanpassungsgesetz. . . . .	177
8.5.2 Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz . . . . .	178
8.5.3 Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz . . . . .	179
8.6 Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und Heimgesetz. . . . .	181
8.7 Zwischenfazit: Zentralisierung . . . . .	185
Literatur . . . . .	187
<b>9 Die Gesundheitspolitik unter der rot-grünen</b>	
<b>Koalition 2002–2005</b> . . . . .	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 . . . . .	199
9.3.4 Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen . . . . .	199
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. . . . .	216
9.5 Die Rürup-Kommission . . . . .	217
9.6 Zwischenfazit: Umbau durch staatlich-hoheitliche Steuerung. . . . .	218
Literatur . . . . .	220

<b>10 Die Gesundheitspolitik der Großen Koalition 2005–2009</b> . . . . .	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 . . . . .	235
10.4.5 Rabattverträge und Kosten-Nutzen-Bewertung . . . . .	238
10.4.6 Rehabilitation und Pflege . . . . .	240
10.4.7 Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen . . . . .	240
10.4.8 Regionale Euro-Gebührenordnung und Wirtschaftlichkeitsprüfung . . . . .	243
10.5 Pflegeweiterentwicklungsgesetz und Pflegezeitgesetz . . . . .	245
10.6 Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) . . . . .	247
10.7 Das gescheiterte Präventionsgesetz . . . . .	249
10.8 Entlastung der Beitragszahler in Zeiten der Wirtschaftskrise . . . . .	250
10.9 Zwischenfazit: Mehr Wettbewerb bei fortschreitender Zentralisierung . . . . .	250
Literatur . . . . .	252
<b>11 Die Gesundheitspolitik der schwarz-gelben Koalition 2009–2013</b> . . . . .	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 . . . . .	268
11.5.3 Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen . . . . .	270
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 . . . . .	277
11.7	Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz . . . . .	278
11.8	Apothekennotdienst und Abschaffung der Praxisgebühr . . . . .	279
11.9	Zwischenfazit: Stärkung von Selbstverwaltung und Leistungserbringern. . . . .	281
	Literatur . . . . .	283
<b>12</b>	<b>Die Gesundheitspolitik der Großen Koalition ab 2013 . . . . .</b>	<b>287</b>
12.1	Koalitionsvertrag und Regierungserklärung . . . . .	287
12.2	Arzneimittelversorgung. . . . .	289
12.2.1	Verlängerung des Preismoratoriums für Arzneien . . . . .	289
12.2.2	Arzneimittelversorgungsgesetz . . . . .	291
12.3	Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz . . . . .	292
12.4	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) . . . . .	295
12.4.1	Probleme und Zielstellung . . . . .	295
12.4.2	Leistungskatalog der GKV: Zweitmeinung, Terminservicestellen . . . . .	297
12.4.3	Unterversorgung: MVZ und ambulante Versorgung im Krankenhaus . . . . .	299
12.4.4	Überversorgung: Bedarfsplanung und Stilllegungen . . . . .	301
12.4.5	Praxisnetze und Innovationsfonds . . . . .	303
12.4.6	Von der integrierten zur besonderen Versorgung . . . . .	304
12.4.7	Neuregelung der Honorarvergütung . . . . .	306
12.5	Maßnahmen zur Verbesserung der stationären Versorgung . . . . .	306
12.6	Krankenhausstrukturgesetz (KHSG). . . . .	307
12.6.1	Probleme und Zielstellung . . . . .	307
12.6.2	Qualität als Finanzierungskriterium. . . . .	309
12.6.3	Qualitätsabhängige Zu- und Abschläge & Mengensteuerung. . . . .	312
12.6.4	Qualität in der Krankenhausplanung . . . . .	314
12.6.5	Strukturfonds . . . . .	315
12.6.6	Vom Versorgungs- zum Pflegezuschlag; Notfall- und Sicherstellungszuschläge. . . . .	317
12.7	Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). . . . .	318
12.8	Das Präventionsgesetz. . . . .	320
12.9	E-Health-Gesetz . . . . .	323

---

12.10	Die Pflegestärkungsgesetze. . . . .	326
12.10.1	PSG I: Ausweitung der Leistungen . . . . .	326
12.10.2	PSG II: Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff . . . . .	329
12.11	Zwischenfazit: Eine neue Phase der Gesundheitspolitik . . . . .	331
	Literatur . . . . .	332
<b>13</b>	<b>Schlussbetrachtung</b> . . . . .	<b>337</b>
	<b>Stichwortverzeichnis</b> . . . . .	<b>341</b>

---

# Chronologie der Gesetze

G. ü. d. Selbstverwaltung u. ü. Änderungen v. Vorschriften auf dem Gebiet d. Sozialversicherung . . . . .	28
(GKAR) G. ü. d. Kassenarztrecht . . . . .	29
(BPfIV 1954) Bundespflegesatzverordnung 1954. . . . .	34
(ApoG) Apothekengesetz . . . . .	36
(AMG 1961) Arzneimittelgesetz 1961 . . . . .	37
(KVWG) Krankenversicherungsentwicklungsgesetz . . . . .	43
(KHG) Krankenhausfinanzierungsgesetz . . . . .	45
(BPfIV 1973) Bundespflegesatzverordnung 1973. . . . .	47
(KHKG) Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz . . . . .	55
(KHNG) Krankenhaus-Neuordnungsgesetz . . . . .	57
(BPfIV 1985) Bundespflegesatzverordnung 1985. . . . .	60
(KVKG) Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz . . . . .	64
(KVEG) Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz. . . . .	67
(HBG 1983) Haushaltsbegleitgesetz 1983 . . . . .	68
(HBG 1984) Haushaltsbegleitgesetz 1984 . . . . .	69
(AMG 1976) G. z. Neuordnung d. Arzneimittelrechts . . . . .	69
(1. AMGÄndG) Erstes G. z. Änderung des Arzneimittelgesetzes . . . . .	71
(2. AMGÄndG) Zweites G. z. Änderung des Arzneimittelgesetzes. . . . .	71
(GRG) Gesundheits-Reformgesetz . . . . .	80
(2. SGB V-ÄndG) Zweites SGB V-Änderungsgesetz. . . . .	90
Bedarfsplanungsgesetz . . . . .	92
(GSG) Gesundheitsstrukturgesetz. . . . .	101
(BPfIV 1995) Bundespflegesatzverordnung 1995. . . . .	107
(PflegeVG) Pflegeversicherungsgesetz . . . . .	116
(BeitrEntlG) Beitragsentlastungsgesetz . . . . .	126
(KHStabG 1996) Krankenhaus-Stabilisierungsgesetz 1996. . . . .	128

(KHNG 1997) Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 . . . . .	129
(GKVWG) GKV-Weiterentwicklungsgesetz . . . . .	131
(1. GKV-NOG) 1. GKV-Neuordnungsgesetz . . . . .	133
(2. GKV-NOG) 2. GKV-Neuordnungsgesetz . . . . .	135
(7. SGB V-ÄndG) Siebtes SGB V-Änderungsgesetz . . . . .	139
(GKVFG) GKV-Finanzstärkungsgesetz . . . . .	143
(PsychThG) Psychotherapeutengesetz . . . . .	145
(GKV-SolG) GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz . . . . .	152
(GKV-Gesundheitsreform 2000) GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 . . . . .	156
DRG-Systemzuschlags-Gesetz . . . . .	163
(KHEntG) Krankenhausentgeltgesetz. . . . .	164
(FPG) Fallpauschalengesetz . . . . .	164
(2. FPÄndG) Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz. . . . .	165
GKV-Rechtsangleichungsgesetz. . . . .	174
RSA-Reformgesetz. . . . .	176
(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. . . . .	196
(ZahnFinAnpG) G. z. Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz . . . . .	198
G. ü. d. Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln i. d. vertragsärztlichen Versorgung. . . . .	216
(AMPoLG) Arzneimittel-Positivlisten-Gesetz . . . . .	216
(AVWG) Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz . . . . .	225
(WSG) GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz . . . . .	228
(GKV-OrgWG) GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz . . . . .	235
(VÄndG) G. z. Änderung des Vertragsarztrechts . . . . .	241
(PfwG) Pflege-Weiterentwicklungsgesetz . . . . .	245
(PflegeZG) Pflegezeitgesetz . . . . .	246
(KHRG) Krankenhausfinanzierungsreformgesetz . . . . .	247
(StabSiG) G. z. Sicherung von Beschäftigung und Stabilität in Deutschland . . . . .	250
(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-Neuausrichtungsgesetz . . . . .	279
(AssPflBedRG) Assistenzpflegebedarfs-Regelgesetz . . . . .	279
(ANSG) Apothekennotdienstsicherstellungsgesetz . . . . .	280
(13. SGB V-ÄndG) Dreizehntes SGB V-Änderungsgesetz . . . . .	290
(14. SGB V-ÄndG) 14. SGB V-Änderungsgesetz . . . . .	290
AMVSG GKV-Arzneimittelversorgungsgesetz . . . . .	291
(GKV-FQWG) GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz . . . . .	292
(GKV-VSG) GKV-Versorgungsstärkungsgesetz . . . . .	295
(KInvFG) Kommunalinvestitionsförderungsgesetz . . . . .	306
(KHSG) Krankenhausstrukturgesetz . . . . .	307
(HPG) Hospiz- und Palliativgesetz . . . . .	319
(PrävG) Präventionsgesetz . . . . .	321
E-Health-Gesetz . . . . .	323
(PSG I) Erstes Pflegestärkungsgesetz . . . . .	326
(PSG II) Zweites Pflegestärkungsgesetz . . . . .	330
(PsychVVG) G. z. Weiterentwicklung d. Versorgung u. d. Vergütung f. psychiatrische und psychosomatische Leistungen . . . . .	331

---

# Abkürzungsverzeichnis

a. F.	alte Fassung
AMNutzenV	Arzneimittelnutzenverordnung
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Art.	Artikel
ÄrzteZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
ASV	ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BÄK	Bundesärztekammer
BGBI	Bundesgesetzblatt
BKK	Betriebskrankenkasse
BKV	Berufskrankheitsverordnung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1957–2002)
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales seit 2005
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Sozialordnung (2002–2005)
BPflV	Bundespflugesatzverordnung
BR	Bundesrat
BSG	Bundessozialgericht
BT	Bundestag
BVA	Bundesversicherungsamt
BVerfGE	Bundesverfassungsgerichtsentscheidung
BVerwGE	Bundesverwaltungsgerichtsentscheidung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
Drs.	Drucksache



---

EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EGV	extrabudgetäre Gesamtvergütung
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	Notfallsanitätergesetz
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PM	Pressemitteilung
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 von Kassenärztlicher Vereinigung und 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.<sup>1</sup> 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.“<sup>2</sup> Der Chefredakteur der FAZ, Mihm, pointiert diese wechselhafte Politikgeschichte hinsichtlich des Fazits zum jüngsten 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.“<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup>Vgl. Bundestag (1996, S. 9543).

<sup>2</sup>Hartmann (2003, S. 259).

<sup>3</sup>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 Leistungskürzungen im Sozialbereich, 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 folgt stets die „Reform der Reform“<sup>4</sup>. Mögen einige Paragraphen 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 die scheinbare Neuregelung nur die Wiedereinführung einer zuvor gestrichenen Passage ist. Ebenso ist die Einführung

---

<sup>4</sup>Hajen et al. (2010, S. 279).

einiger gesundheitspolitischer Instrumente durch die 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 eigene Wehrhaftigkeit entwickelt, mit der sie unliebsame Reformen auszusetzen weiß. Als Körperschaften öffentlichen Rechts mit überaus professioneller Führung, geschlossene Einheiten und ausgestattet mit einem ebenso einheitlichen politischen Willen vermag ihnen die Politik kaum Vorschriften zu machen. Wenn es die Politik doch tut, dann ist ihr „Beharrungsvermögen“<sup>5</sup> groß. Sinnbildlich und beispielhaft für die Abwehrhaltung der Selbstverwaltung gegenüber hoheitlichen Interventionen in ihren Machtbereich steht die vom Gesetzgeber geforderte, jedoch nie wirklich 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 oder um einen besseren Output und mehr Akzeptanz der Akteure zu erzeugen.

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. Mit dem schnellen Wachstum des Gesundheitswesens in der Vergangenheit geht eine entsprechend großer Apparat einher, den der Gesetzgeber je nach äußeren Faktoren mit stetigen neuen Anweisungen programmieren muss. Die unzähligen Impulse müssen aufgrund der fehlenden Marktlogik durch die Politik verarbeitet werden.

---

<sup>5</sup>Reiners (2010, S. 16).

## 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“<sup>6</sup> 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 1959 stiegen die Ausgaben jährlich durchschnittlich um 15 %.<sup>7</sup> 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.

---

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

<sup>7</sup>Berié und Fink (2002, S. 11).

Auf dieses Fundament aufbauend wurde in der zweiten Phase der Gesundheitspolitik, die bis in die Mitte der 1970er Jahre reicht, 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 Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze konnten mehr Einnahmen generiert werden. Das KHG erlaubte eine umfangreiche Finanzierung der Krankenhäuser, mit der ein jahrzehntelanger Investitionsstau gelöst wurde. 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 Ausgabenniveau 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 um 3700 % stand ein Wachstum des BIP in Höhe von 1300 % gegenüber.

Die dritte Phase, die von der zweiten Hälfte der 1970er Jahre bis zum Ende der 1980er Jahre reicht und deren Schlussstrich mit dem GRG gezogen wurde, lässt sich als Kostendämpfungspolitik charakterisieren. Im vertragsärztlichen Bereich zog der Gesetzgeber mit dem KVVG 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 erstreckt, fallen die Strukturreformen. Das GRG markiert den Beginn dieser Phase, denn es beinhaltet bereits zahlreiche strukturelle Ansätze, auch wenn es häufig exemplarisch für die Kostensenkung angeführt wird. In der vierten Phase der 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 Sektoren übergreifenden 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.“<sup>8</sup> 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 wird 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 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 sich an Problemen wie dem moral hazard und übermäßiger Leistungsanspruchnahme nichts geändert hat.

---

<sup>8</sup>Vgl. Leber und Wasem (2016, S. 3).



Bereits mit der Gesundheitspolitik der schwarz-gelben Koalition hat ein erneuter Wandel eingesetzt, der sich in der Großen Koalition noch deutlicher abzeichnet. 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. Trotzdem mussten zahlreiche Krankenkassen die Beitragssätze zum Jahreswechsel 2017 erhöhen, sodass nun alle GKV-Versicherten Zusatzbeiträge abführen müssen.

---

### **1.3 Ein weiteres Buch über Gesundheitspolitik?**

Gerade aufgrund dieser Herausforderungen bei der Bewältigung der gesundheitspolitischen Gesetzgebungsfülle überrascht es, wie wenig Überblickswerke es zu diesem Thema gibt, die einen einfachen Einstieg in diese schnell wechselnde Materie der Gesundheitspolitik ermöglichen. 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 schier Fülle einer allein quantitativen Auflistung aller Reformen kann eine unkommentierte Chronologie die jeweilige Einzelmaßnahme nicht in das Gesamtsystem der Gesundheitspolitik einordnen: Es wäre, als würden Puzzle-Teile im Karton liegen – sie sind zwar alle da, 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“<sup>9</sup> 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 durch die Paragraphen 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 der Gesundheitspolitik als wichtiger Agenda in jeder Politikfeldanalyse ein Platz zu. Allerdings verteilen sich die gesundheitspolitischen Maßnahmen, die jeweilige Zielsetzung der Akteure und die unterschiedlichen Reformbestrebungen auf

---

<sup>9</sup>Alber (1992, S. 243).

viele Bücher. Einen prägnanten Überblick über die gesundheitspolitischen Zielstellungen der 1970er und 1980er Jahre bietet Bandelow.<sup>10</sup> Effekte und Probleme des Gesundheitsreform-Gesetzes von 1988 finden sich bei Perschke-Hartmann.<sup>11</sup> In den Bänden zur Regierungsbilanz und den Schwerpunkten bundesdeutscher gouvernementaler Politik finden sich Aspekte der Gesundheitspolitik für die einzelnen Legislaturperioden seit 1998.<sup>12</sup> Orłowski und Wasem<sup>13</sup> bieten ebenso wie Schroeder und Paquet detaillierte Bilder der Gesundheitsreform 2007. Die Einzelbeiträge verfolgen jedoch verschiedene Aspekte und setzen jeweils Schwerpunkte auf unterschiedlichen Themenfeldern, sodass sie eine chronologische und stringente Politikfeldarstellung erschweren. Das vorliegende Buch bietet einen kompletten Abriss aller Legislaturperioden und vereinfacht das schnelle Nachschlagen einzelner Maßnahmen über die Jahrzehnte hinweg. Sofern ein legislaturperiodenübergreifender Ansatz bereits verfolgt wurde, beschränkte er sich auf kürzere Perioden.<sup>14</sup>

Schließlich widmet die vorliegende Schrift den politischen Akteuren, den Systemebenen und den Verantwortlichkeiten viel Raum. Das deutsche Gesundheitssystem ist nicht nur unübersichtlich, weil es durch eine Fülle von Reformen in einem ständigen Wandel unterliegt. Es zeichnet sich außerdem durch zahlreiche Verknüpfungen bei den Verantwortlichkeiten aus. Beginnend bei den Kommunen über die Länder bis zum Bund kooperieren die politischen Akteure mit den staatlichen, öffentlich-rechtlichen und privaten Leistungserbringern. In der systematischen Einführung von Rosenbrock und Gerlinger<sup>15</sup> rücken die Strukturen und einzelnen Elemente des Gesundheitswesens in den Vordergrund. Es wird ein umfassendes Abbild des Gesundheitswesens gegeben, wobei politische Initiativen und der Einfluss der Gesetzgebung auf die verschiedenen Sektoren des deutschen Gesundheitswesens unberücksichtigt bleiben müssen. Simon bietet eine klar strukturierte Darstellung des deutschen Gesundheitswesens, wobei die politischen Akteure in den Hintergrund treten.<sup>16</sup> Schierens<sup>17</sup> Einführung in die Gesundheitspolitik fokussiert Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung und Herausforderungen des

---

<sup>10</sup>Vgl. Bandelow (2006, S. 159 ff.).

<sup>11</sup>Vgl. Perschke-Hartmann (1994, S. 163 ff.).

<sup>12</sup>Vgl. Hartmann (2003), Bandelow und Hartmann (2007), Grimmeisen und Wendt (2010).

<sup>13</sup>Orłowski und Wasem (2007).

<sup>14</sup>Vgl. für die Reformen der 1970er bis in die 1990er Jahre: Klinke 2003; Blank (2011, S. 110–126).

<sup>15</sup>Vgl. Rosenbrock und Gerlinger (2014).

<sup>16</sup>Vgl. Simon (2013).

<sup>17</sup>Schieren (2011).

demografischen Wandels. Welcher Art die Gesetzgebungsprozesse und Gesetze auf diese Elemente des Gesundheitssystems wirken, bleibt außen vor. In der von Rebscher herausgegebenen detaillierten und umfangreichen Analyse der gesundheitspolitischen Gesetzgebung werden die einzelnen Gesetze und Maßnahmen sowohl miteinander verknüpft als auch der politische Wille verdeutlicht, der den einzelnen Reformanstrengungen zugrunde liegt.<sup>18</sup> Allerdings endet sie Mitte der 2000er Jahre und beschränkt sich auf ausgewählte Bereiche.

---

## Literatur

- Alber, Jens. 1992. *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Entwicklung, Struktur und Funktionsweise*. Frankfurt a. M./ New York: Campus.
- Bandelow, Nils C. 2006. Gesundheitspolitik. Zielkonflikte und Politikwechsel trotz Blockaden. In: *Regieren in der Bundesrepublik Deutschland*, Hrsg. M. G. Schmidt, R. Zohlnhöfer, 159–176, Wiesbaden: Springer VS.
- Bandelow N./A. Hartmann. 2007. Weder Rot noch grün. Machterosion und Interessenfragmentierung bei Staat und Verbänden in der Gesundheitspolitik, In *Ende des rot-grünen Projektes. Eine Bilanz der Regierung Schröder 2002–2005*, Hrsg. C. Egle, R. Zohlnhöfer, 334–354. Wiesbaden: Springer VS.
- Berié, Hermann/U. Fink. 2002. *Grundlohnentwicklung und Ausgaben der GKV. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Institut für Wirtschaft und Soziales*. Berlin.
- Bundesregierung. 1984. *Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung*. BT Drucksache 10/2095 (10.10.1984). Berlin.
- Bundestag. 1996. Zweite und dritte Beratung des von den Fraktionen CDU und F.D.P. eingebrachten Entwurfs eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der GKV. BT-PIPr. 13/108 (24.05.1996), S. 9541-9583. Bonn.
- Blank, Florian. 2011. *Soziale Rechte. Die Wohlfahrtsstaatsreformen der rot-grünen Bundesregierung*, Wiesbaden: Springer VS.
- Grimmeisen, S./C. Wendt. 2010. Die Gesundheitspolitik der Großen Koalition. In *Die Große Koalition. Regierung – Politik – Parteien 2005–2009*, Hrsg. S. Bukow, W. Seemann, 159–172, Wiesbaden: Springer VS.
- Hajen, L./Paetow, H./Schumacher H. 2010. *Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxis* (5. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hartmann, Anja K. 2003: Parteinah, leistungsstark, finanzbewusst? Die Gesundheitspolitik der rot-grünen Bundesregierung. In: *Das rot-grüne Projekt. Eine Bilanz der Regierung Schröder 1998–2002*, Hrsg. C. Egle, T. Ostheim, R. Zohlnhöfer, 259–282. Wiesbaden: Springer.
- KBV. 2014. „Es geht immer um die Behauptung, dass Mittel zu knapp seien“. *KBV Klartext*, o. Jg. (4), 12–13.

---

<sup>18</sup>Rebscher (2006).

- Klinke, Sebastian. 2003. Ordnungspolitischer Wandel im Gesundheitssystem als Folge der Reformgesetzgebungsbemühungen. Diplomarbeit Universität Bremen, 30.07.2003.
- Leber, Wulf-Dietrich/ J. Wasem. 2016. Ambulante Krankenhausleistung – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In *Krankenhausreport 2016. Ambulant im Krankenhaus*, Hrsg. J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem, S. 3–26. Stuttgart: Schattauer.
- Orlowski Ulrich/J. Wasem. 2007. *Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG). Änderungen und Auswirkungen auf einen Blick*, Heidelberg: Hüthig Jehle Rehm.
- Perschke-Hartmann, Christiane. 1994. *Die doppelte Reform. Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer*, Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Rebscher, Herbert, Hrsg. 2006. *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung*, Heidelberg: Economica.
- Reiners, Hartmut. 2010. Kassenwettbewerb, Selektivverträge und die Rolle der Länder, *GuS* 64 (3), 13–17.
- Rosenbrock, Rolf /T. Gerlinger. 2014. *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*, Bern: Hans Huber.
- Schieren, Stefan, Hrsg. 2011. *Gesundheitspolitik. Hintergründe, Probleme und Perspektiven*, Schwalbach: Wochenschauverlag.
- Simon, Michael. 2013. *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*, Bern: Hans Huber.

---

## 2.1 Kompetenzen des Bund und sein Verhältnis zu Ländern und Verbänden

An der Spitze der gesundheitspolitischen Hierarchie in Deutschland steht der Bundesgesetzgeber, der zur Durchsetzung seiner Interessen auf verschiedene Steuerungsmodi setzt. Er normiert im Rahmen der ihm zustehenden Gesetzgebungskompetenz eigenverantwortlich und hoheitlich den rechtlichen Rahmen der Gesundheitspolitik. Innerhalb des derart abgesteckten Bereichs betraut er die Partner der Selbstverwaltung mit hoheitlichen Aufgaben, sodass schließlich den Körperschaften und Verbänden der Selbstverwaltung die Umsetzung der gesetzlich normierten Aufgaben obliegt. Um diese verbandliche Umsetzung mit Verbindlichkeit zu versehen, hat der Gesetzgeber den Selbstverwaltungspartnern das Recht eingeräumt, die auf oberer Ebene getroffenen Entscheidungen mit Zwang gegen die Mitglieder durchzusetzen. Der Vollzug gesetzlicher Normen durch die Partner der Selbstverwaltung kennzeichnet das deutsche Gesundheitssystem und gibt ihm einen korporatistischen Wesenszug. Im korporatistischen Steuerungsmodus setzt der Bund nur den Ordnungsrahmen und überlässt den Verbänden die Umsetzung und Konkretisierung. Gleichwohl geht der staatliche Machtanspruch nicht verloren und wenn die Selbstverwaltung die gesteckten Ziele nicht erfüllt, behält sich der Gesetzgeber die Ersatzvornahme vor. Der korporatistische Steuerungsmodus findet im Wesentlichen in jenen gesundheitspolitischen Bereichen Anwendung, in denen die klassischen Sozialversicherungsträger neben dem Staat die Wohlfahrt organisieren. Der korporatistische Steuerungsmodus ist deswegen maßgeblich in der stationären und vertragsärztlichen Versorgung vorzufinden.

Neben das korporatistisch geprägte Gesundheitswesen tritt ein weiterer Bereich, in dem Bund und Länder ein staatlich kontrolliertes Gesundheitssystem organisieren. In diesem zweiten, staatlich kontrollierten System spielen die Verbände