



Franz Knieps Hartmut Reiners

Gesundheitsreformen in Deutschland

Geschichte – Intentionen – Kontroversen



HUBER



Knieps / Reiners
**Gesundheitsreformen
in Deutschland**

Verlag Hans Huber
Programmbereich Gesundheit

Wissenschaftlicher Beirat:

Ansgar Gerhardus, Bremen

Klaus Hurrelmann, Berlin

Petra Kolip, Bielefeld

Milo Puhan, Zürich

Doris Schaeffer, Bielefeld

HUBER 

Franz Knieps
Hartmut Reiners

Gesundheitsreformen in Deutschland

Geschichte – Intentionen – Kontroversen

Verlag Hans Huber

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Adrian Susin
Bearbeitung: Ulrike Weidner, Berlin
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel
Druckvorstufe: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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



Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2015
© 2015 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-456-95433-2)
(E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-456-75433-8)
ISBN 978-3-456-85433-5

Inhalt

Einleitung: Die Reform des Gesundheitswesens – eine unendliche Geschichte	7
1. Ökonomische, rechtliche und politische Parameter der GKV	19
1.1 Zur politischen Ökonomie des deutschen Gesundheitswesens	21
1.2 Das Spannungsfeld zwischen Solidarausgleich und Sozialrecht	37
1.3 Ablauf und Dramaturgie von GKV-Reformen	42
2. Von Bismarck bis Blüm: Die ersten 100 Jahre der GKV	51
2.1 Von der Kaiserlichen Botschaft zur Reichsversicherungsordnung: Die Gründerjahre der GKV von 1881-1918	53
2.2 Die GKV in der Weimarer Republik	64
2.3 Die GKV unter dem Nationalsozialismus	68
2.4 Die GKV in den Nachkriegsjahren: Restauration und Reformstau	70
2.5 Die GKV unter der sozialliberalen Koalition: Expansion und Kostendämpfung	77
2.6 Das Gesundheits-Reformgesetz: Norbert Blüms Kampf mit dem Lobbyismus	84
2.7 Das Gesundheitswesen der DDR und die Folgen des Einigungsvertrags	90
3. Reformen der Organisation und Finanzierung der GKV	101
3.1 Lahnstein und die Folgen: Von der berufsständischen zur wettbewerblichen Gliederung der GKV	102
3.2 Die neue Wettbewerbsordnung der GKV und die Folgen	122
3.3 Zwischenspiel: Der Streit um die Kopfpauschale	132
3.4 Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: Gesundheitsfonds, Zusatzbeitrag und allgemeine Krankenversicherungspflicht	137
3.5 «Weiter so» statt Übergang zu einem integrierten Krankenversicherungssystem: Reformen zur Finanzierung der GKV nach dem GKV-WSG	158
3.6 Die Zukunft des dualen Krankenversicherungssystems	166

4.	Reformen im Leistungsrecht der GKV	171
4.1	Leistungsarten der GKV	173
4.2	Leistungsumfang der GKV: Sachleistungen, Zuzahlungen, Kostenerstattung und Wahlleistungen	189
4.3	Steuerung der Leistungsqualität	199
5.	Reformen der Vergütungssysteme für Ärzte und Krankenhäuser	205
5.1	Die Vergütung ärztlicher Leistungen im Spannungsfeld von Gesamtvergütung und Leistungsmenge	207
5.2	Die Vergütung von Krankenhausbehandlung: Der lange Weg zu den DRGs	230
6.	Reformen der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen	245
6.1	Reformen in der ambulanten Versorgung	248
6.2	Krankenhausstrukturreformen: Dauerbrenner «Monistik» und Zugang der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung	265
6.3	Ausblick: Neue Versorgungsformen und die Verantwortung der Länder	271
7.	Die Reformen in der Arzneimittelversorgung	275
7.1	Die Arzneimittelversorgung im Kontext von Veränderungsprozessen im deutschen Gesundheitswesen	276
7.2	Schüsse aus dem Schrotgewehr – Regulierungsinstrumente der Arzneimittelversorgung	279
7.3	Interessenkonflikte und Reformperspektiven	290
8.	Kurze Geschichte der Pflegeversicherung	295
8.1	Das Pflegeversicherungsgesetz vom 26. Mai 1994	296
8.2	Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in den 2000er-Jahren	301
8.3	Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, zweite Stufe: der «Pflege-Bahr» und die Reform des Pflegebedürftigkeits- begriffs im SGB XI	307
9.	Ausblick: Nach der Reform ist vor der Reform – Umsetzung des Koalitionsvertrages und Herausforderungen für die Gesundheitspolitik der Zukunft	315
Anhang:		
	Gesetze zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung seit 1949	321
	Literatur	351
	Abkürzungen	373
	Namensregister	377
	Sachregister	379
	Über die Autoren	387

Einleitung: Die Reform des Gesundheitswesens – eine unendliche Geschichte

«Je weniger die Leute davon wissen,
wie Würste und Gesetze gemacht werden, desto besser schlafen sie.»
Otto von Bismarck

Die deutsche Umgangssprache ist reich an «Falschwörtern» (Ivan Nagel), die unter Missachtung dessen, was man im Deutschunterricht gelernt haben sollte, bestimmte Phänomene und Vorgänge etikettieren, bei denen man dennoch sofort weiß, worum es geht. Die 1988 zum Wort des Jahres gekürte «Gesundheitsreform» ist ein solcher Sprachfehler, den Vicco von Bülow alias Loriot zu seinem Lieblingswort erklärte: «Denn Gesundheit soll dabei ja nicht reformiert werden, soweit ich das beurteilen kann» (Der Spiegel, Nr. 52/2006). Damit bringt er es auf den Punkt. Die gängige Bezeichnung der mit der Behandlung von Krankheiten beschäftigten medizinischen Versorgungseinrichtungen als «Gesundheitswesen» ist ebenso irreführend wie das Wort «Gesundheitsreform», das bei den Bürgerinnen und Bürgern zudem zwiespältige Reaktionen hervorruft. Einerseits belegen Umfragen ihre relativ hohe Zufriedenheit mit unserer medizinischen Versorgung, andererseits erwecken die in regelmäßigen Abständen über sie hereinbrechenden Reformen im Gesundheitswesen den Eindruck, dass es sich um einen permanenten Krisenherd handle. Die entsprechenden Gesetze haben oft seltsame Namen wie «Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz» oder «GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz» und warten mit Sprachmonstern wie «morbidityorientierter Risikostrukturausgleich» oder «Zahnersatz-Zusatzversicherung» auf, die sich gut als Übungseinheiten in der logopädischen Rehabilitation von Schlaganfallpatienten eignen würden.¹ In den Medien werden gesund-

1 Diesen Hinweis verdanken wir Bernd Seguin.

heitspolitische Themen mit einer Aufgeregtheit diskutiert, die in merkwürdigem Kontrast zu den meist staubtrockenen Inhalten von GKV-Reformen steht. Sehr beliebt sind Phrasen wie «krankes Gesundheitswesen», «konzeptionslose Regulierungswut», «bürokratisches Monster», «Missgeburt» oder «fauler Kompromiss». Regelmäßig wird die Politik ermahnt, sie müsse endlich eine «richtige» Reform «aus einem Guss» machen, die nicht schon nach ein paar Jahren die nächste Reform nach sich ziehe.

Solche Forderungen nach einer «richtigen» Reform, die die Probleme im Gesundheitswesen mit einem großen Kraftakt dauerhaft löst, weisen darauf hin, dass ihre Wortführer wenig oder gar nichts über die komplexen Strukturen des Gesundheitswesens und Abläufe der Gesundheitspolitik wissen, die perfekte und in sich widerspruchsfreie Problemlösungen kaum zulassen. Bei den landläufig als Gesundheitsreformen bezeichneten Gesetzen geht es um die Verteilung der Ressourcen in einem riesigen Wirtschaftszweig, der 11 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) erwirtschaftet und über fünf Millionen Menschen beschäftigt. Schon deshalb gibt es je nach ökonomischen Interessen unterschiedliche, wenn nicht konträre Sichtweisen zu Reformnotwendigkeiten.

Das Gesundheitswesen hat sich zu einem unverzichtbaren Teil der Infrastruktur moderner Volkswirtschaften entwickelt, der aus guten Gründen nicht marktwirtschaftlich, sondern vor allem über Recht und Politik gesteuert wird. Fast 80 Prozent der vom Statistischen Bundesamt erfassten Gesundheitsausgaben werden öffentlich über das Sozialversicherungssystem bzw. den Staatshaushalt finanziert. Das ist keine deutsche Besonderheit, sondern europäischer Standard. Der Anspruch moderner Zivilgesellschaften, allen Bürgern den Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung zu gewähren, kann mit einer privaten Finanzierung und rein marktwirtschaftlichen Instrumenten des Austarierens von Angebot und zahlungsfähiger Nachfrage gar nicht eingelöst werden. Ressourcenverteilungen, die in anderen Branchen der Markt regelt, werden im Gesundheitswesen von Regierungen und Parlamenten vollzogen. Es sind politische Entscheidungen, die zwangsläufig nicht nur von Sachfragen geprägt sind, sondern auch von Machtkonstellationen, Wertvorstellungen und Ideologien. Die Gesundheitspolitik hat zudem mit ihren die menschliche Exis-

tenz unmittelbar berührenden Themen ein besonders hohes Erregungspotenzial, wie man in TV-Talkshows regelmäßig beobachten kann. Unter Politikern gilt es als Gewissheit, dass man als Regierungspartei mit Gesundheitsreformen Wahlen verlieren, aber nicht gewinnen kann. Man sollte sie deshalb zu möglichst wahlfernen Zeiten in Angriff nehmen und abgeschlossen haben.

Um das fast 200 Milliarden Euro umfassende Budget der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) streiten sich Ärzte und andere Gesundheitsberufe, Kliniken und Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Auch die privaten Krankenversicherungen (PKV) finanzieren staatlich regulierte Leistungen, schon weil die Hälfte ihrer Mitglieder beihilferechtigte Beamte sind. Die für Privatpatienten geltenden Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte (GOÄ, GOZ) werden von der Bundesregierung erlassen, und die PKV zahlt für Krankenhausbehandlung die gleichen in der Bundespflegesatzverordnung festgelegten Fallpauschalen wie die GKV, wenn keine Zusatzversicherung abgeschlossen wurde. Kein anderer Wirtschaftszweig, mit Ausnahme der vor allem über die EU gesteuerten Landwirtschaft, unterliegt einer derart detaillierten politischen Regulierung. Natürlich wollen darauf alle Berufe und Unternehmen Einfluss nehmen, die dort ihr Geld verdienen.

Fast jeder vierte der beim Bundestag offiziell registrierten Lobbyisten kümmert sich ausschließlich um den Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums (BMG). Sie vertreten sehr unterschiedliche Interessen von Berufsgruppen, Versorgungsunternehmen, Krankenversicherungen sowie Herstellern von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Alle versuchen, über Interventionen auf verschiedenen Ebenen ein möglichst großes Stück vom Kuchen abzubekommen. Hinzu kommen wirkungsmächtige Interessen, die mit Gesundheitspolitik direkt nichts zu tun haben, aber dennoch betroffen sind, vor allem die Arbeitgeber und die Gewerkschaften, für die Krankenkassenbeiträge Lohn- bzw. Lebenshaltungskosten darstellen. Das föderalistische Politiksystem der Bundesrepublik Deutschland sorgt für weitere Komplikationen, weil Kernbereiche der Gesundheitspolitik unter die konkurrierende Gesetzgebung des Bundes und der Länder oder in die alleinige Kompetenz der Länder fallen.