

# **I Rahmenbedingungen des Krankenhausmanagements**



# A Grundlagen der Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie

*Hendrike Berger, Christian Stock*

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | Gesundheitspolitik .....                                    | 24 |
| 1.1   | Definition und Ziele der Gesundheitspolitik .....           | 24 |
| 1.2   | Gesundheitsversorgung in Deutschland .....                  | 25 |
| 1.2.1 | Grundlegende Merkmale .....                                 | 25 |
| 1.2.2 | Prinzipien der sozialen Sicherung .....                     | 25 |
| 1.3   | Historische Entwicklung des Gesundheitswesens .....         | 27 |
| 1.3.1 | Entstehung der Sozialgesetzgebung im Kaiserreich .....      | 27 |
| 1.3.2 | Weimarer Republik und Nationalsozialismus .....             | 27 |
| 1.3.3 | Bundesrepublik Deutschland .....                            | 28 |
| 1.4   | Gegenwärtige Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik ..... | 32 |
| 2     | Gesundheitsökonomie .....                                   | 34 |
| 2.1   | Grundsätzliches zur Gesundheitsökonomie .....               | 34 |
| 2.2   | Gesundheitsmarkt .....                                      | 36 |
| 2.2.1 | Besonderheiten des Marktes .....                            | 36 |
| 2.2.2 | Bedarf und Nachfrage .....                                  | 37 |
| 2.2.3 | Produktion und Angebot .....                                | 39 |
| 2.2.4 | Versicherung .....  | 39 |
| 2.3   | Gesundheitssysteme .....                                    | 42 |
| 2.4   | Gesundheitsökonomische Evaluation .....                     | 43 |

# 1 Gesundheitspolitik

## 1.1 Definition und Ziele der Gesundheitspolitik

Jede Form des Krankenhausmanagements findet vor einem bestimmten gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Systemhintergrund statt. Dieses Einführungskapitel dient daher der Darstellung des gesundheitspolitischen Systems der Bundesrepublik Deutschland sowie der besonderen Facetten der Ökonomie des Gesundheitssystems bevor in seinem dritten Teil Krankenhäuser als Leistungsanbieter in diesem System vorgestellt werden.

Fragt man in der Gesellschaft nach Werten, die im Leben von hoher Wichtigkeit sind, so wird »Gesundheit« stets unter den häufigsten Antworten zu finden sein. Auch wenn das jeweilige begriffliche Verständnis und die Bedeutung dieses Wertes dabei individuell verschieden und von der gegenwärtigen Lebenssituation abhängig sein dürften, besitzt Gesundheit zweifellos das Ansehen eines elementar wichtigen menschlichen Gutes, welches es zu erhalten oder zu verbessern gilt.

Nicht unumstritten ist dabei bereits die Definition des Begriffes »Gesundheit«. Die WHO definiert Gesundheit als den »Zustand eines vollkommenen biologischen, sozialen und psychischen Wohlbefindens eines Menschen«. Im deutschen Krankenversicherungsrecht ist Gesundheit als ein Körperzustand zu bezeichnen, bei dem eine Krankheit im Sinne des § 27 SGB V sowie weiterer Regelungen nicht vorhanden ist.

Dem individuellen wie auch gesellschaftlichen Bedürfnis nach Gesundheit zu entspre-

chen, ist die vorrangige Aufgabe der Gesundheitspolitik. Nach Rosenbrock und Gerlinger (2014) soll Gesundheitspolitik dabei verstanden werden als die »Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen – gleich ob sie die Gesundheit fördern, erhalten, (wieder-)herstellen oder auch nur die individuellen Folgen von Krankheit lindern« (Rosenbrock und Gerlinger 2014, S. 15). Im Hinblick auf Rationalität und Ergebnisorientierung der Gesundheitspolitik ist es notwendig, dass sie auch konkrete Zielformulierungen und die politische Diskussion über angestrebte Ziele sowie über geeignete Instrumente und Maßnahmen zu ihrer Erreichung umfasst. Idealerweise wird als oberstes Ziel eine Verbesserung des gesundheitlichen Outcomes und damit eine Erhöhung von Lebenserwartung und/oder -qualität verfolgt, wobei Nebenbedingungen durch die zur Verfügung stehenden finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen gegeben sind. In der praktizierten Gesundheitspolitik bestehen infolge unterschiedlicher Interessen und Handlungslogiken der beteiligten Akteure jedoch auch davon abweichende gesundheitspolitische Ziel- bzw. Schwerpunktsetzungen, wie z. B. die Erreichung eines definierten Versorgungsniveaus (Ärztedichte, Krankenhausbettendichte), anderweitige volkswirtschaftliche Ziele (Beitrags- und Steuerlastsenkung) oder sonstige politische Ziele (Partei-, Standes- und Industrieinteressen) (Schwartz et al. 2012).

## 1.2 Gesundheitsversorgung in Deutschland

### 1.2.1 Grundlegende Merkmale

Der deutschen Gesundheitspolitik liegt als Basis das Sozialversicherungsmodell zugrunde (► Kap. 2.3 in diesem Beitrag). Maßgeblich geprägt wird dies durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die als ein Zweig der Sozialversicherung im SGB V verankert ist. Nach § 1 SGB V ist es ihre Aufgabe, die Gesundheit ihrer Mitglieder zu erhalten, wiederherzustellen oder zu bessern. Der gesetzlich krankenversicherte Bevölkerungsanteil beläuft sich derzeit auf 87 %, weitere 13 % verteilen sich auf private Krankenversicherungen (11 %) und sonstige Sicherung (2 %). Unter einer Vielzahl von Ausgabenträgern besitzt die GKV mit 58,5 % der gesamten Gesundheitsausgaben den mit Abstand größten Anteil (Statistisches Bundesamt 2016). Daher konzentriert sich die Gesundheitspolitik weitgehend auf den Bereich der GKV.

Eine ordnungspolitische Besonderheit besteht im deutschen Gesundheitswesen darin, dass auf den einzelnen Teilmärkten unterschiedliche Koordinations- bzw. Allokationsmechanismen vorherrschen (SVR 2005). Im Rahmen der ambulanten Versorgung dominiert der Korporatismus, in der Krankenhausplanung und -finanzierung ist es die öffentliche Planung bzw. die staatliche Administration, im Arznei-, Heil- und Hilfsmittelbereich wird vorwiegend über den Markt- und Preismechanismus gesteuert (Wille 2006).

### 1.2.2 Prinzipien der sozialen Sicherung

Die gesundheitliche Versorgung wird durch eine Reihe von historisch gewachsenen Sicherungsprinzipien bestimmt. Dabei handelt es sich nicht um absolut unveränderbare Größen, sie werden jedoch von fundamentalen

Werthaltungen in der Gesellschaft getragen. Je nach individueller sozialpolitischer Grundüberzeugung wird ihnen ein unterschiedliches Gewicht verliehen. Als konstitutiv gelten die Prinzipien primär für die GKV – auf Grund des sehr hohen gesetzlich krankenversicherten Bevölkerungsanteils haben sie jedoch einen zentralen Einfluss (Simon 2016).

Das Sozialstaatsprinzip leitet sich aus Art. 20 I GG (»Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat«) und Art. 28 I GG ab. Danach ist es die Aufgabe des Staates, für »soziale Gerechtigkeit« zu sorgen und die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein sowie gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft sicherzustellen.

Zentrales Prinzip der sozialen Sicherung im Krankheitsfall ist das Solidarprinzip. Darunter ist der gegenseitige Ausgleich innerhalb der Mitglieder einer Solidargemeinschaft zu verstehen. Das Schwergewicht des Solidargedankens liegt in der GKV auf der Finanzierungsseite. Dort erfolgt die Abgabenerhebung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip, das sich an der Fähigkeit des Bürgers orientiert, eine Abgabe zur Finanzierung öffentlicher bzw. meritokratischer Güter und Dienste zu leisten. In der gesetzlichen Krankenversicherung soll der Ausgleich zwischen gesunden und kranken, zwischen höheren und niedrigeren Einkommen sowie zwischen Ledigen und Familien erfolgen.

Das in der katholischen Soziallehre entwickelte Subsidiaritätsprinzip beinhaltet zwei Forderungen: Zunächst soll Selbsthilfe den Vorzug vor Fremdhilfe erhalten, d. h. kein Sozialgebilde soll Aufgaben an sich ziehen, die ein Individuum oder ein kleineres Sozialgebilde nicht mindestens ebenso gut zu lösen in der Lage ist. Daneben wird der Staat verpflichtet, die Individuen bzw. Gemeinschaften in den Stand zu versetzen, sich mög-

lichst selbstbestimmt und selbstverantwortlich verwirklichen zu können.

In der GKV besteht grundsätzlich eine Versicherungspflicht für diejenigen Personen, die vom Gesetzgeber ursprünglich als »schutzbedürftig« angesehen wurden. Dazu zählen in erster Linie alle Arbeitnehmer, deren Einkommen unter einer gesetzlich festgelegten Grenze liegt (Versicherungspflichtgrenze/Jahresarbeitsentgeltgrenze) sowie Arbeitslose, Studenten, Künstler und Rentner (§ 5 ff. SGB V). Korrespondierend zur Versicherungspflicht der Mitglieder sind die Krankenkassen verpflichtet, alle Personen aufzunehmen, die der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen (Kontrahierungszwang) und zu gleichen Konditionen zu versichern (Diskriminierungsverbot). Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze und Selbstständige unterlagen bis 2009 nicht der Versicherungspflicht. Ihnen stand es offen, sich freiwillig bei einer gesetzlichen oder bei einer privaten Krankenversicherung oder gar nicht zu versichern. Mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes entfiel 2009 die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht, sodass eine allgemeine Versicherungspflicht für alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland gilt.

In der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Bedarfsdeckungsprinzip vorgesehen. Der Versicherte hat danach Anspruch auf eine »bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende« Versorgung (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V). Eine Limitierung des Bedarfs erfolgt aus-

schließlich durch das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches. Dieses sieht vor, dass die Leistungen »ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich« sein sollen und »das Maß des Notwendigen« nicht überschritten werden darf (§ 12 SGB V). Dieser Grundsatz wird auch im Postulat der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 SGB V), das eine Beitragserhöhung nur zulässt, sofern die notwendige medizinische Versorgung nicht anders gewährleistet werden kann, nicht außer Kraft gesetzt.

Charakteristisches Kennzeichen des Sachleistungsprinzips ist, dass gesetzlich krankenversicherte Personen notwendige Gesundheitsleistungen als Sach- oder Dienstleistungen beanspruchen können, ohne selbst in den Zahlungsvorgang involviert zu sein (§ 2 SGB V). Dem Sachleistungsprinzip steht in der Privaten Krankenversicherung (PKV) das Kostenerstattungsprinzip gegenüber, wonach der Leistungsempfänger einen Rechnungsbetrag an den Leistungserbringer zahlt, der ihm daraufhin von der Versicherung erstattet wird.

Das Prinzip der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sieht eine Beschränkung staatlicher Aktivitäten auf Rahmensetzung und Rechtsaufsicht vor. Die direkte Ausführung und Durchführung von Gesetzen erfolgt auf der Grundlage des Subsidiaritätsprinzips durch selbstverantwortliche dezentrale Organe der Selbstverwaltung als mittelbare Staatsverwaltung (Korporativismus). Höchstes Gremium der Selbstverwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) (§ 91 f. SGB V) (Lüngen und Büscher 2015).

## 1.3 Historische Entwicklung des Gesundheitswesens

### 1.3.1 Entstehung der Sozialgesetzgebung im Kaiserreich

Die Kontinuität in den Strukturen ist eine der wesentlichen Charaktereigenschaften des Gesundheitswesens in Deutschland. Nach der Einführung der Sozialversicherung im späten 19. Jahrhundert existiert es auch über politische System- und Regierungswechsel sowie zahlreiche Gesundheitsreformen hinaus in den Grundzügen wenig verändert weiter (Busse und Riesberg 2005).

Die Entstehung des Sozialversicherungssystems geht ursprünglich auf die »kaiserliche Botschaft« von 1881 zurück. Kaiser Wilhelm I kündigte darin auf Initiative des Reichskanzlers Otto von Bismarck die später als Bismarck'schen Sozialgesetze bekannt gewordenen Vorhaben zur Krankenversicherung (1883), zur Unfallversicherung (1884) sowie zur Invaliden- und Alterssicherung (1889) an.

Im Vorfeld der Bismarck'schen Pläne hatten sich die Lebensbedingungen infolge von Wirtschaftskrisen insbesondere für die Arbeiterklasse verschlechtert. Um der politischen Arbeiterbewegung jedoch zumindest teilweise die Grundlage ihrer Forderungen nach einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen zu entziehen und die bestehenden Machtverhältnisse zu erhalten, wurde ein reichsweites soziales Sicherungssystem installiert.

Mit der Verabschiedung des »Gesetzes betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter« am 31. März 1883 galt in Deutschland fortan eine Krankenversicherungspflicht für Arbeiter, sofern ihr Einkommen eine bestimmte Höhe nicht überschritt. Als Träger der Versicherung wirkten die von Arbeitnehmern und Arbeitgebern selbstverwalteten Krankenkassen, die zum

Teil schon in Form gemeinnütziger Hilfskassen bestanden hatten. Die Zugehörigkeit zu einer der Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen, der knappschaftlichen Versicherung oder der See-Krankenkasse wurde zumeist durch den Arbeitsplatz vorgegeben. Existierte keine arbeitsplatzbezogene Kasse, so diente die von der Gebietskörperschaft gegründete Ortskrankenkasse als eine Art Auffangkasse. Das Solidarprinzip galt bereits in der Frühphase der Krankenversicherung, d. h. einkommensabhängigen Beiträgen standen beitragsunabhängige Leistungen gegenüber.

Für Krankenhäuser hatte sich durch die Bismarck'schen Reformen die finanzielle Lage erheblich gebessert, da nun auch die Behandlungskosten von Patienten unterer sozialer Schichten vergütet wurden. Zuvor war das nicht immer der Fall gewesen, denn Krankenhäuser galten traditionell als »Ort der Barmherzigkeit« insbesondere für arme Kranke, die dort ein gewisses Maß an medizinischer Versorgung, überwiegend aber Unterkunft und Pflege erhielten (Nagel 2013). Vor dem ersten Weltkrieg betrug die Ausgaben für Krankenhäuser knapp 13 % der Gesamtausgaben für Gesundheit (Lindner 2004).

Dem Bestreben, die Kranken-, Renten- und Unfallversicherung zu einem einheitlichen Gesetzeswerk zusammenzufassen, wurde 1911 mit der Reichsversicherungsordnung (RVO) Rechnung getragen.

### 1.3.2 Weimarer Republik und Nationalsozialismus

Die gemeinsame Selbstverwaltung wurde in den 1920er Jahren weiter ausgebaut. Es kam jedoch nach längerer Auseinandersetzung zu einer deutlichen Machtverschiebung zwi-

schen niedergelassenen Ärzten und Kassen: Auf der Landesebene wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt, die anstelle des Hartmannbundes neuer Verhandlungspartner der Krankenkassen wurden. Zugleich wurde das System der Einzeldienstverträge in ein Kollektivvertragssystem überführt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhielten ein Versorgungsmonopol im ambulanten Bereich, mussten im Gegenzug aber auch eine bedarfsgerechte und flächendeckende ambulante Versorgung sicherstellen (Sicherstellungsauftrag).

Für Krankenhäuser, die bis dahin mit den Kassen direkt auch Verträge über ambulante Leistungen schließen konnten, ergab sich daraus die Schwierigkeit, dass die Ärzteschaft versuchte, sie zunehmend aus der ambulanten Versorgung herauszudrängen. Insgesamt erweiterten sie ihre Bettenkapazitäten jedoch. Während die Zahl der Einwohner pro Krankenhausbett im Jahr 1885 noch bei 324 gelegen hatte, wurde 1927 schon ein Krankenhausbett für 120 vorgehalten (Busse und Blümel 2014).

Der Beginn des nationalsozialistischen Regimes hatte eine weitere Verringerung des Einflusses der Krankenkassen zur Folge. Durch das Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung von 1934 wurden die selbstverwalteten Sozialversicherungsträger der staatlichen Verwaltung unterstellt. Da ihre Leitung meist der gewerkschaftlichen Arbeiterbewegung zuzurechnen war, diente diese Maßnahme vor allem der Ausschaltung politischer Gegner. Im Gegensatz zu den Krankenkassen wurden die regionalen und nationalen Ärzteverbände 1934 als Körperschaften des öffentlichen Rechts etabliert, wodurch sich die Machtverhältnisse insgesamt noch weiter zu Gunsten der Ärzte verlagerten.

Eine Ausweitung des Versichertenkreises der sozialen Krankenversicherung erfolgte dennoch auch während des Nationalsozialismus mit dem Einbezug der Rentner in die Krankenversicherung im Jahre 1941.

### 1.3.3 Bundesrepublik Deutschland

Die politische Weiterentwicklung des Gesundheitswesens nach Gründung der Bundesrepublik Deutschland kann in vier Phasen eingeteilt werden: die Phase der Restauration von 1951 bis 1956, die Phase der gescheiterten Strukturreformen von 1957 bis 1965, die Phase des Ausbaus der Versorgungsstrukturen von 1965 bis 1975 und die Phase der Kostendämpfung ab 1976 (Alber und Bernardi-Schenkluhn 1992).

#### Phase der Restauration

Zu Beginn der Phase der Restauration von 1951 bis 1956 erfolgte mit der Entscheidung der Regierung Adenauer eine wesentliche Weichenstellung zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung gegen Zentralisierungstendenzen und alliierte Vorstellungen einer Einheitsversicherung nach britischem Vorbild. (Auf Grund der Kürze dieses Beitrags soll an dieser Stelle auf die Entwicklung in Ostdeutschland verzichtet werden (hierzu Simon 2016; Busse und Riesberg 2005)). Das System der Sozialversicherung mit den Vorschriften der RVO wurde wieder eingeführt. Darüber hinaus verankerte man mit dem GKV-Selbstverwaltungsgesetz (1951) und dem dazu erlassenen Ergänzungs- und Änderungsgesetz (1952) das sozialpartnerschaftliche Selbstverwaltungsmodell und bestätigte das Monopol der Kassenärzteschaft.

#### Phase der gescheiterten Strukturreformen

In der Phase der gescheiterten Strukturreformen von 1957 bis 1965 wurde in zwei Anläufen versucht, weit reichende Umstrukturierungen in der GKV durchzusetzen: Das Leistungsrecht sollte neu geordnet werden

und die Zuzahlung von Patienten eingeführt werden (Schwartz et al. 2012). Die Gesundheitsreformvorschläge scheiterten 1960 und 1964 allerdings am Protest von Ärzten, Krankenkassen, Medizinprodukteherstellern und Bevölkerung.

Dem öffentlichen Gesundheitswesen wurden in den fünfziger und sechziger Jahren auch seine präventiv-medizinischen Aufgaben weitgehend entzogen und es wurde im Wesentlichen auf kontrollierende und gutachterliche Tätigkeiten beschränkt.

Die Krankenhausversorgung war geprägt durch Unterfinanzierung. Da die Krankenkassen keine kostendeckenden Pflegesätze bezahlten, waren Krankenhäuser bei Investitionen in Bauten und technische Ausrüstung auf Zuschüsse der öffentlichen Hand bzw. ihrer Träger angewiesen. Auf Grund ihrer pluralen Trägerstruktur von öffentlichen, frei-gemeinnützigen und privaten Trägern, die zum Teil divergierende Interessen verfolgten, konnten sie gegenüber den Krankenkassen nie so geschlossen und machtvoll auftreten wie die freie Ärzteschaft (Müller und Simon 1994).

### **Phase des Ausbaus der sozialstaatlichen Versorgungsstrukturen**

Zwischen 1965 und 1975 wurde der Ausbau der Versorgungsstrukturen stark vorangetrieben. Im Leistungsbereich entstanden erhebliche Verbesserungen in den Bereichen Krankenhauspflege, Krankengeld, Anspruch auf Freistellung von der Arbeit bei Betreuung eines kranken Kindes, Unterstützung durch Haushaltshilfen, Früherkennungsmaßnahmen, Leistungen zur Rehabilitation, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch. Der Kreis der Versicherten wurde auf Landwirte, Studenten, Behinderte, Künstler und Publizisten ausgedehnt.

Nachdem eine im Auftrag des Bundestages erstellte Krankenhaus-Enquête (1969) dringenden Reformbedarf im Krankenhaussektor festgestellt hatte, erfolgte im Jahr

1972 mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und der ein Jahr später erlassenen Bundespflegesatzverordnung (BPfV) eine überfällige Neugestaltung in der Krankenhausfinanzierung. Den Krankenhäusern wurde dadurch der Anspruch auf Deckung ihrer Selbstkosten zuerkannt. Ferner wurden die staatliche Krankenhausplanung, die duale Finanzierung durch Krankenkassen und Bundesländer sowie der allgemeine tagesgleiche Pflegesatz in der Krankenhausversorgung eingeführt (► Kap. III.C.2.1).

### **Phase der Kostendämpfung**

Ab 1976 entstand eine politische Debatte über die »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen, für die insbesondere der zunehmende internationale Standortwettbewerb und ein sinkender Anteil sozialversicherungspflichtiger Einkommen ausschlaggebende Gründe waren. Der Notwendigkeit von Kostendämpfungsmaßnahmen wurde 1977 im Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz entsprochen, das Krankenkassen und Leistungserbringer verpflichtete, eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität zu verfolgen.

Eines der wichtigsten Instrumente dazu stellt die sektorale Budgetierung dar, die schrittweise über alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung ausgedehnt wurde. Weitere Kostendämpfungsmaßnahmen waren die Entwicklung der Bedarfsplanung der kassenärztlichen Versorgung, die Einführung einer Negativliste in der Arzneimittelversorgung, die Ausgrenzung von Bagatellarzneimitteln aus dem Leistungskatalog sowie die Einführung von Festbetragsregelungen. Alle diese Maßnahmen hatten jedoch immer nur geringe und vorübergehende Wirkungen im Hinblick auf die gewünschte Kostendämpfung.

Um eine verbesserte Systematik in den Sozialversicherungsgesetzen zu erhalten, sollte mit dem Sozialgesetzbuch ein einheit-

liches Gesetzeswerk geschaffen werden. Nachdem dessen allgemeiner Teil bereits 1975 verabschiedet worden war, folgte der Teil über die Krankenversicherung (SGB V) im Jahr 1988.

Die zunehmend schwierigere Finanzierungssituation machte eine Reform der Strukturen in der GKV unumgänglich. Hierzu dienten zwei Gesetze: das Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1988 und das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992. Das GRG sollte Eigenverantwortung und Solidarität in der GKV stärken. Es enthielt Neuerungen zu Leistungen zur Förderung der Gesundheit und zur Erweiterung der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten, zur Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und Zahnersatz, zu Festbetragsregelungen bei der Versorgung mit Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln, zur sozialen Absicherung des Pflegefallrisikos, zur Begrenzung der Höhe des Sterbegeldes, zu Härtefallregelungen, zur Qualitätssicherung der Leistungserbringer und zum Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Das GSG umfasste im Wesentlichen folgende Regelungen: Einführung des Kassenwahlrechts für alle Versicherten (ab 1996) und somit Einführung von Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen, Einführung des Risikostrukturausgleichs (ab 1994), Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip im Krankenhaus, Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, Begrenzung der Zahl der Kassenärzte, Grundlohnbindung und damit Budgetierung der Ausgaben für Krankenhausleistungen, stationäre Kuren, ambulante Versorgung und Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sowie erweiterte Zuzahlungsregelungen für Versicherte (Nagel 2013).

In den 1990er Jahren trat die Erhöhung der technischen Effizienz durch (geregelten) Wettbewerb in den Vordergrund. Dabei galt bisher die Prämisse, nachteilige Auswirkungen auf Gleichheit und Qualität zu vermeiden und »Rationalisierung vor Rationierung« anzustreben (Busse und Riesberg 2005).

Mit dem Beitragsentlastungsgesetz (1996) und den beiden GKV-Neuordnungsgesetzen (1997) schloss sich die sogenannte »Dritte Stufe« der Gesundheitsreformen der konservativ-liberalen Regierung an. Die Wirksamkeit des Wettbewerbes insbesondere zwischen den Krankenkassen sollte erhöht und die Eigenverantwortung der Versicherten weiter gestärkt werden. Als Instrumente hierzu dienten Modellvorhaben, Strukturverträge, Änderungen im Kündigungsrecht und Schaffung von Wahlmöglichkeiten für die Versicherten. Ferner erhöhten sich die Zuzahlungen.

Unter der Regierung von SPD und Grünen wurde 1998 zunächst das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz verabschiedet, das mit einer Reduzierung von Zuzahlungen hauptsächlich einige Änderungen der Neuordnungsgesetze wieder rückgängig machte.

Der Versuch mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (1999) die starren sektoralen Budgetgrenzen zwischen ambulantem und stationärem Bereich durch ein sektorübergreifendes Globalbudget aufzulösen, scheiterte im Gesetzgebungsprozess. Es konnten jedoch erste gesetzliche Grundlagen zur integrierten Versorgung geschaffen werden. In Bezug auf Krankenhäuser, bei denen verstärkt Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft werden sollten, wurde die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems (auf Basis von Diagnosis Related Groups (DRGs)) beschlossen (► Kap. III.C.2.1).

Das Beitragssicherungsgesetz (2002) sollte die GKV durch verschiedene Maßnahmen wie die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze und die Festschreibung der Gesamtvergütung im ambulanten und stationären Bereich auf dem Niveau von 2002 entlasten. Das angestrebte Ziel konnte allerdings nicht erreicht werden, die Beiträge stiegen auf ein Rekordniveau von 14,3 %.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (2003) wurde hauptsächlich eine nachhaltige Senkung der Lohnnebenkosten beabsichtigt. Dazu wurden Leistungen wie Sehhilfen,